



Juana María Moreno Torres

**Universidad Pública de Navarra
Máster en Gestión de Cuidados de Enfermería
Trabajo Fin de Máster**

URGENCIAS LARRIALDIAK

**SERVICIO DE URGENCIAS
HOSPITALARIAS:
UNA APUESTA POR LA CALIDAD
ASISTENCIAL**

Máster en Gestión de Cuidados de Enfermería
Universidad Pública de Navarra

**SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS:
UNA APUESTA POR LA CALIDAD ASISTENCIAL**

Juana María Moreno Torres

Pamplona, Junio 2012

Dña. JUANA HERMOSO DE MENDOZA CANTÓN, Profesora Asociada del Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad Pública de Navarra,

HACE CONSTAR que el proyecto de gestión que presenta Dña. Juana M^a Moreno Torres con el título **Servicio de Urgencias Hospitalarias: una apuesta por la calidad asistencial**, ha sido realizado bajo su dirección, reuniendo las condiciones necesarias para su presentación y posterior defensa en sesión pública ante el tribunal constituido para la evaluación de los Trabajos Fin de Máster, del Máster Universitario en Gestión de Cuidados de Enfermería.

Pamplona, 4 de junio de 2012

Fdo.: 

AGRADECIMIENTOS

A todas las personas con las que he podido compartir esta experiencia y he tenido la oportunidad de aprender sobre todo a Juana.

1. Introducción.....	11
2. Contexto Normativo.....	15
3. Marco teórico.....	19
3.1 Aspectos teóricos sobre la calidad asistencial.....	20
3.2 Sistemas de Acreditación.....	22
3.2.1. Acreditación de Servicios de Urgencias Hospitalarias.....	23
3.2.2. Criterios (o Estándares) de Acreditación.....	24
3.2.3. Proceso de Acreditación.....	25
3.3. Aspectos teóricos sobre seguridad clínica.....	26
3.3.1. Definiciones y causas de los errores.....	29
3.4. Factores favorecedores de errores en los SUH.....	33
4. Análisis interno y externo. Matriz DAFO.....	35
5. Objetivos.....	39
6. Metodología.....	41
7. Desarrollo del proyecto.....	45
7.1. Fase de estudio inicial.....	46
7.2. Diseño y elaboración del plan de seguridad.....	47
7.2.1. Desarrollo de una cultura de seguridad entre los profesionales sanitarios.....	47
7.2.2. Desarrollo de prácticas clínicas seguras y minimización de eventos adversos.....	52
7.2.3. Prácticas seguras contra eventos adversos en los SUH.....	56
1. Identificación de pacientes.....	56
2. Seguridad de medicamentos.....	59
3. Comunicación en el traspaso de pacientes.....	61
4. Prevención de caídas en el SUH.....	63
5. Precauciones en el uso de la contención física o inmovilización de los pacientes.....	67
7.3. Puesta en marcha de las actuaciones diseñadas.....	69
7.4. Evaluación de resultados.....	70
8. Conclusiones.....	75
9. Cronograma.....	79
10. Bibliografía.....	81
11. Anexos.....	85

1. INTRODUCCIÓN



Se realiza este proyecto como trabajo final del Máster en Gestión de Cuidados de Enfermería. La autora de este trabajo viene realizando su actividad profesional como enfermera desde hace años, en el Servicio de Urgencias Hospitalarias (SUH) del antiguo Hospital Virgen del Camino (actual Hospital B del Complejo Hospitalario de Navarra- CHN), circunstancia que le ha permitido realizar el citado trabajo con una mayor motivación.

El **SUH** puede definirse como una organización de profesionales sanitarios, ubicada en el hospital, que ofrece asistencia multidisciplinar, cumpliendo unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender a las urgencias y emergencias. (1)

El SUH se configura como una unidad intermedia, que presta servicios (asistencia médica, cuidados de enfermería) hasta la estabilización del cuadro clínico a los pacientes que son finalmente ingresados en el hospital, y como un servicio final para aquellos pacientes que, habiendo acudido a la unidad, son finalmente dados de alta. Una de las características de la demanda de urgencias, es la atención no programada generada por diferentes necesidades de asistencia, ya que requieren una adecuada disposición y dotación de recursos del SUH, así como su estrecha coordinación con el resto de las unidades del hospital (cuidados intensivos, hospitalización convencional, área quirúrgica, diagnóstico por imagen, laboratorio, etc.).

La **calidad asistencial**, ha sido siempre, desde que existen las profesiones sanitarias, una preocupación y un objetivo constantes para aquellos que las desempeñaban. (2)

Una asistencia sanitaria de calidad es aquella que se proporciona con una práctica clínica basada en pruebas, conforme a los conocimientos científicos actuales, siguiendo guías clínicas elaboradas con criterios de medicina basada en la evidencia, con el menor riesgo para los pacientes y los familiares, con la mayor eficiencia y con la mayor satisfacción para usuarios y el personal sanitario. La **acreditación de centros y servicios sanitarios** es, sin duda, el método de garantía de calidad más aceptado. Se podría definir como el proceso de evaluación externa al que se somete una organización sanitaria,

basado en la revisión de unos criterios o estándares consensuados, cuyo cumplimiento manifiesta que ese centro desarrolla sus funciones con parámetros de calidad, al menos, cercanos a la excelencia.

Además de todo esto, se sabe que aspectos como las infecciones nosocomiales, accidentes, complicaciones, errores en la administración y reacciones adversas son efectos no deseados de la asistencia y deben disminuirse todo lo posible. Todos ellos son claros representantes de la no-calidad y al minimizarlos se mejora claramente el servicio que se presta a los pacientes.

La necesidad de mejorar la eficiencia y la efectividad en la práctica médica ha llevado a activar un movimiento por la mejora de la seguridad de las prestaciones sanitarias. La seguridad, entendida como una asistencia sin riesgos de eventos no previstos, es considerada como una dimensión básica para que un servicio pueda alcanzar un nivel de calidad óptimo. La prevención de lesiones o de eventos adversos en el paciente como resultado de los procesos asistenciales es considerada como un componente indispensable e indiscutible para la calidad.

Por tanto, en el momento actual, cualquier programa de calidad debe tener como prioridad, **la seguridad clínica del paciente** y del personal que lo atiende.

Por otro lado, algunas sociedades científicas, como la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) tiene entre sus objetivos fundacionales el de promover la calidad de la asistencia, en busca de la excelencia. De ahí que se tomó la iniciativa de patrocinar el diseño, desarrollo y ejecución práctica de un sistema específico de acreditación de Centros y Servicios de Urgencias y Emergencias tanto en el ámbito de la Atención Primaria como en el de la Hospitalaria.

Este va a ser el sistema de acreditación que por parte de las autoridades sanitarias, se quiere implantar en el nuevo SUH del Complejo Hospitalario de Navarra.

De acuerdo con todo lo anterior, la importancia de este proyecto radica en:

1. **Promover medidas de práctica clínica segura.** Necesidad de garantizar la seguridad clínica del paciente en todos los aspectos de la asistencia, a través de la concienciación e implicación de todos los profesionales en

una cultura de seguridad, haciendo hincapié en los profesionales de enfermería. Gran importancia del uso de prácticas seguras como herramienta necesaria e indispensable para alcanzar la acreditación del SUH.

2. **Implantación de un sistema de acreditación en el nuevo SUH.** Es totalmente necesario para la implantación definitiva del sistema, el apoyo no solamente de los profesionales sanitarios, al ser éstos los que realizan la prestación de los servicios sanitarios, sino de la propia Administración, responsable de garantizar a los ciudadanos la calidad de la asistencia.

2.CONTEXTO NORMATIVO



CONTEXTO NORMATIVO

A continuación se hace un breve resumen, dentro del marco legislativo, de cuál ha sido el origen y desarrollo del actual CHN y del nuevo SUH:

Decreto Foral 19/2010, de 12 de Abril, por el que se crea el Complejo Hospitalario de Navarra del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea y se establece su estructura directiva (Publicado en el BON del 23 Abril de 2010)(3).

En este decreto se recoge:

“Entre las preocupaciones reflejadas en el “Plan de Salud de Navarra 2006-2012”, aprobado por la Comisión de Salud del Parlamento de Navarra el 28 de febrero de 2007, se recogen aspectos tan relevantes como “el grado de especialización de los hospitales de la red pública, la justificación de estructuras hospitalarias para determinados servicios con escasa demanda, la organización de las urgencias, el modelo de gestión centralizada eludiendo la corresponsabilidad gerencial y profesional, etc.”

“La finalidad es definir y desarrollar un modelo de organización funcional a través de la integración de los hospitales, de manera que se unifiquen los recursos humanos, financieros y tecnológicos con el fin de alcanzar la máxima eficacia y calidad en el cuidado del paciente (buenas prácticas médicas) y la mejor utilización y rentabilidad desde el punto de vista de las inversiones y la tecnología. Ello implica, igualmente, una mejor utilización de los equipos de dirección, planificación estratégica, información, control del gasto, cartera de servicios, etc.”

“Mediante este Decreto Foral se crea una estructura sanitaria asistencial única, denominada Complejo Hospitalario de Navarra, que englobará los diferentes recursos pertenecientes al Área de Pamplona, con independencia de su ubicación actual, excluidos aquéllos que dependan de la Dirección de Atención Primaria o aquellos otros que, específicamente, se determinen. En el Decreto Foral se establece, asimismo, su estructura directiva y las bases de su funcionamiento.”

Como desarrollo y en el marco del citado Decreto, se considera una de las áreas prioritarias de este proyecto, que es precisamente, la organización de las Urgencias Hospitalarias (Orden Foral 5/2011, de 21 de Enero, de la consejera de Salud, por la que se unifican los Servicios de Urgencias Generales del Complejo Hospitalario de Navarra) (BON núm 20 de 31 de Enero de 2011).(4)

Esta Orden Foral, plantea:

“Las urgencias hospitalarias dentro de la red pública en el Área de Pamplona tienen tres puntos de entrada: Urgencias Generales del Hospital Virgen del Camino (actualmente Complejo Hospitalario de Navarra B), Urgencias del Hospital de Navarra (actualmente Complejo Hospitalario de Navarra A) y Urgencias Materno Infantiles del Hospital Virgen del Camino (actualmente del Complejo Hospitalario de Navarra). Con la creación del Complejo Hospitalario se pretende que estos tres puntos existentes actualmente pasen a dos: Urgencias Generales y Urgencias Materno-Infantiles. “

El artículo 3 de dicha Orden Foral, recoge la misión, visión y valores de la unificación de los Servicios de Urgencias Generales del Complejo Hospitalario de Navarra:

“1. La unificación de los Servicios de Urgencias Generales se lleva a cabo con la misión de proporcionar asistencia sanitaria de urgencia de máxima calidad las 24 horas del día durante todo el año a la población adulta asignada y al total de la población de Navarra en aquellos procesos en los que actúa como centro de referencia.

2. La unificación de los Servicios de Urgencias Generales tiene como visión trabajar para obtener una mejora continuada en parámetros de calidad, y consolidar cauces de participación e implicación de los profesionales que permita alcanzar mayores cotas de excelencia e innovación.

3. Los valores en los que se asientan la unificación de los Servicios de Urgencias Generales son la trasmisión a la población de la seguridad de que las necesidades médicas urgentes que se les planteen estarán cubiertas, la búsqueda de la excelencia en todas las actuaciones, tanto clínicas como humanas, y la potenciación de los aspectos de comunicación e información.”

La unificación de los servicios de Urgencias de los dos hospitales terciarios (Hospital A y Hospital B) que forman el CHN, es un proyecto actualmente en marcha y que verá la luz previsiblemente en muy corto plazo de tiempo. Esta situación abre todo un mundo de posibilidades y oportunidades de cara a ese nuevo servicio que se está gestando.

3. MARCO TEÓRICO



3.1 ASPECTOS TEÓRICOS SOBRE CALIDAD ASISTENCIAL

En la actualidad existe una efervescencia extraordinaria en el interés por la calidad, tanto en el seno de las empresas, como en las organizaciones excelentes de todos los sectores económicos. La seguridad de los pacientes es, probablemente, el componente clave de la calidad de la asistencia, pero no el único. La calidad asistencial tiene multitud de dimensiones: la rapidez en la atención, el nivel científico-técnico, la amabilidad, la satisfacción del paciente y otros. Existen al menos tres elementos importantes que pueden explicar este fenómeno⁽⁵⁾:

- La buena gestión hoy en día, está íntimamente ligada a la incorporación de un sistema de mejora continua de calidad. Esto es así ya que existe suficiente evidencia como para concluir que los **costes de la no-calidad** pueden llegar a suponer incluso un 25% de los costes unitarios de producción. Por lo tanto, los programas de calidad son un instrumento para elevar la eficiencia clínica y económica.
- Hasta un 80% de los problemas de calidad, pueden relacionarse con un déficit organizativo (protocolización, formación continuada, evaluación, comunicación fluida en el equipo...) y ello sugiere a los gestores y políticos, que se podrían solucionar sin necesidad de aportar recursos adicionales.
- La calidad es hoy, un valor social, ya que existe una demanda creciente de un servicio de calidad por parte de los usuarios/pacientes/clientes/ciudadanos. La satisfacción de sus expectativas ha llegado a ser un componente crítico.

En la situación económica y social actual, no basta con evitar problemas a los ciudadanos cuando se les presta un servicio sanitario, sino que hay que hacer bien las cosas, al más bajo coste, con el menor riesgo y siempre de forma satisfactoria para el propio paciente y sus familiares.

A la hora de abordar este asunto en toda su magnitud debemos hacerlo teniendo en cuenta tres niveles fundamentales:

1. Desde un **enfoque general o “macro”** son claves los sistemas de acreditación de servicios (anteriormente mencionados) ya que constituyen una herramienta útil para alcanzar una cierta homogeneidad en las estructuras, recursos disponibles, la planificación, la organización y gestión de los procesos asistenciales. Los estándares a aplicar precisan del consenso profesional, de su actualización y renovación permanentes y de la colaboración con las autoridades sanitarias españolas y de las distintas comunidades autónomas. Es necesario plantearse las siguientes preguntas:

¿Debe existir un sistema de clasificación de pacientes en todos los servicios de urgencias de hospitales? ¿Qué cualificación profesional es la idónea para aquellos profesionales médicos, enfermeros y técnicos que asisten a emergencias? ¿Cuál debe ser la capacitación de los profesionales en un servicio de emergencias? ¿Qué procesos clínicos deben estar protocolizados? ¿Qué requisitos mínimos estructurales y de dotación de equipamiento de electromedicina son convenientes que existan en un punto de atención continuada o en un dispositivo de cuidados críticos y urgencias?.

Para responder a estas cuestiones, y por muy paradójico que pueda parecer, aún hoy no existe un consenso internacional ni nacional, por las distintas administraciones sanitarias ni siquiera en la opinión técnica de los profesionales y de las organizaciones que los representan, no sólo en lo concerniente a la planificación y organización de los servicios sino en cómo desarrollar un sistema de calidad, aunque haya algunas experiencias publicadas aisladas. (7, 8, 9)

2. En **estratos intermedios**, se necesitan instrumentos como el desarrollo de programas de gestión clínica o de calidad que aún basándose en la participación de todo el equipo, la responsabilidad de su implantación y mantenimiento, recae sobre todo en los líderes formales (Jefes de Servicio, Directores o Coordinadores).

3. En la práctica, nivel operativo o nivel “Micro”, es decir, en la asistencia cotidiana a los pacientes, es necesario disponer de herramientas concretas que permitan medir y hacer objetivo el resultado de nuestras actuaciones, posibilitando la autoevaluación y la mejora continuada de la atención que prestamos, en beneficio de los

pacientes y ciudadanos en general. De ahí, que los indicadores sean aquí, de gran relevancia.(2)

Es por esto, que las organizaciones y empresas necesitan disponer de un sistema de calidad que asegure la atención permanente a este atributo de la asistencia sanitaria y ponerlo de manifiesto ante sus clientes y competidores. Y por si fuera poco, conseguir hacerlo evidente ante el resto de la sociedad mediante una evaluación externa realizada por terceros. . Aquí es donde entran en juego las **agencias de acreditación externa**: *Joint commission of Accreditation of Healthcare Organizations (JCHCO)*, *International Standards Organization (ISO)* o *European Foundation for Quality Management (EFQM)*.

3.2- SISTEMAS DE ACREDITACIÓN

La acreditación de centros y servicios sanitarios es, sin duda, el método de garantía de calidad más aceptado y constituye hoy en día una firme recomendación por parte de la administración sanitaria. Cada vez aparece más reglamentado este aspecto en la legislación española actual. Asimismo constituye una recomendación por parte de distintas sociedades científicas tales como la SEMES y la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias (SEEUE).

Se puede definir la **acreditación** como un proceso de evaluación externa al que se somete una organización sanitaria, basado en la revisión de unos criterios o estándares consensuados cuyo cumplimiento manifiesta que ese centro desarrolla sus funciones con parámetros de calidad, al menos, cercanos a la excelencia. En definitiva, acreditar no es más que «hacer algo digno de crédito». (2)

Existen, al menos, **dos premisas** aceptadas universalmente respecto de la acreditación:

- Debe ser voluntaria.
- Debe ser llevada a cabo por una entidad ajena a la propia institución.

De la segunda premisa se derivan las exigencias que debe tener la entidad acreditadora:

- Capacidad generadora de consenso y aceptación respecto a los criterios de calidad que se evalúan.

- Prestigio suficiente para transmitir una distinción.
- Suficiente independencia de modo que no tenga ningún tipo de interés cruzado con la entidad a acreditar.

El fundamento de todos los sistemas de acreditación consiste en, someter la organización que quiere ser acreditada a unas normas conocidas, por una organización independiente. Este modelo se repite en todos los sistemas y son característicos de cada uno, las normas y el sistema de evaluación.

3.2.1- ACREDITACIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

En los servicios de Urgencias y Emergencias Sanitarias, la experiencia de acreditación es muy reducida en el momento actual, aunque es cierto que, ha habido iniciativas como la de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias de Andalucía en 1.997, en el servicio 061 de Madrid, ambos certificados por el modelo ISO 9000.

La SEMES, como se ha explicado anteriormente, tiene entre sus objetivos fundacionales el promover la calidad asistencial total, de ahí que haya tomado la iniciativa de patrocinar el diseño, desarrollo y ejecución práctica de un sistema específico de acreditación de Centros y Servicios de Urgencias y Emergencias.

Los principios o fundamentos en los que se sustenta este modelo son:

- Voluntariedad por parte del centro sanitario para acceder a la acreditación.
- Credibilidad y objetividad del proceso.
- Adecuación de los requisitos del sistema (criterios, procedimientos de evaluación, resultados...) a la realidad sanitaria de nuestro país.
- Independencia, credibilidad y capacidad de generar consenso del organismo acreditador.

Este modelo, como cualquier otro sistema de Acreditación tiene, por tanto, tres elementos fundamentales:

- Un organismo acreditador: SEMES.
- Un manual de estándares, que incluye los requisitos para poder obtener la acreditación en cada tipo de servicio.
- Un proceso de evaluación.

En la elaboración de los criterios del sistema de acreditación se han tenido en cuenta los requisitos de otras entidades (sociedades científicas o fundaciones) que han hecho aportaciones científicas en este tema. De igual manera, los criterios son respetuosos y se subordinan a las regulaciones Administrativas de las distintas Administraciones públicas del Estado Español y de sus Comunidades Autónomas así como de los países miembros de la Unión Europea.⁽⁶⁾

3.2.2- CRITERIOS (O ESTÁNDARES) DE ACREDITACIÓN

Criterio (o Estándar): Declaración de expectativa que define las estructuras, los procesos o los resultados que debe poseer o alcanzar una organización para incrementar la calidad de la asistencia. (Se refiere a criterio o estándar indistintamente)

Los criterios se han agrupado en funciones clave para las organizaciones y se han clasificado en los siguientes apartados (Anexo I):

- Requisitos generales.
- Estructura y recursos.
- Procesos y organización funcional.
- Otros aspectos.
- Anexos.

Cada grupo de Estándares está incluido en apartados codificados con una clave alfanumérica.

Cada criterio contiene tres elementos:

1. Literal del **Estándar**: Descripción precisa del mismo, que contiene los requisitos que exige en el aspecto al que hace referencia. Si es un criterio obligatorio irá referenciado con una “O”, si fuera no obligatorio o recomendable, con una “R”.
2. Se entiende como **GUÍA**: Texto explicativo que define con más concreción el alcance del criterio, de tal modo que queden bien aclarados los requisitos de cumplimiento.
3. **Listado de comprobación**: En este apartado se han formulado las preguntas de verificación, consideradas necesarias y pertinentes para garantizar que las respuestas a las mismas hacen deducir que los

requisitos especificados en cada uno de los estándares se cumplen o no por el Servicio solicitante.

Criterio obligatorio

En este tipo de criterio, se establecerá una Deficiencia cuando a su correspondiente apartado del listado de comprobación se responde “NO”.

Un incumplimiento en uno solo de estos criterios supone la no acreditación del Servicio. En dicho listado, se identificará con una “O”.

Criterio no-obligatorio o recomendable

En este tipo de criterio, se establece una Recomendación cuando a un apartado del Listado de comprobación se responde “NO”. Requiere una respuesta del responsable de Servicio, con una explicación razonada que justifique ese modo de proceder. La existencia de recomendaciones no supone la no-acreditación aunque si un número elevado de ellas. Se identifican con una “R”.

Criterio no aplicable

Puede ocurrir de manera excepcional, durante el proceso de evaluación que un criterio se considere de no aplicación en el Servicio solicitante. Para ese supuesto, se ha recogido en el Listado de comprobación una columna con la anotación “NA”.⁽⁶⁾

3.2.3- PROCESO DE ACREDITACIÓN

Para obtener la acreditación de un Servicio son necesarios los siguientes pasos:

1. Solicitud de la acreditación inicial por parte del Servicio.
2. Cumplimentación por parte del responsable del Servicio (Jefe, Coordinador, Director) del listado de comprobación.
3. Realización de una evaluación por el equipo evaluador asignado.
4. Informe de acreditación del Servicio por 3 años o sobre las deficiencias o recomendaciones.

Se establece una **deficiencia** cuando a un apartado del listado de comprobación se responde “NO” y el criterio aplicable es obligatorio y está identificado con una “O”.

Todas las deficiencias deben ser corregidas y esta corrección documentarse ante la Secretaría de Acreditación.

Se establece una **Recomendación** cuando a un apartado del listado de comprobación se responde “NO” y el criterio aplicable es recomendable y está identificado con una “R”⁽⁶⁾

3.3 ASPECTOS TEÓRICOS SOBRE SEGURIDAD CLÍNICA

El plan de calidad para el sistema Nacional de Salud 2010, en su estrategia 8, *“Mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del sistema nacional de salud”* dice:

“La seguridad en la atención sanitaria es uno de los componentes principales de la calidad y además un derecho de las personas. El daño que pueda producirse en la atención sanitaria tiene consecuencias para las personas y los servicios, y supone un aumento de los costes. Por lo tanto, prevenir el daño debe ser un objetivo principal de todos los agentes implicados. Para ello es necesario que los servicios reconozcan los errores que se produzcan, no con ánimo culpabilizador sino de aprendizaje a partir de ellos. Esto supone un cambio de cultura en la organización sanitaria y en las relaciones entre el sistema sanitario y las personas usuarias del mismo”.⁽¹¹⁾

Esto es así no solamente, en lo que se refiere a la práctica clínica sino en su organización.

Una práctica clínica segura exige conseguir tres grandes objetivos: identificar qué procedimientos clínicos diagnósticos y terapéuticos son los más seguros y eficaces, asegurar que se aplican a quien los necesita y realizarlos correctamente y sin errores. La medida del riesgo ligado a los cuidados hospitalarios es una cuestión de suma importancia para el sistema de salud, tanto en su dimensión sanitaria como económica, jurídica, social e incluso mediática.

Por otra parte, el Estudio Nacional de Efectos Adversos (ENEAS) se realizó durante el año 2005 con el objetivo principal de estimar la incidencia de efectos adversos en pacientes atendidos en los hospitales españoles y, asimismo, describir las causas que los producen. Se seleccionaron una muestra de 24 hospitales, representativos de los que conforman el Sistema Nacional

de Salud (en la Comunidad Foral Navarra participó el Hospital A del Complejo Hospitalario, Antiguo Hospital de Navarra). Se revisaron 5.755 historias clínicas de pacientes ingresados en un periodo de una semana, para hacer un diagnóstico de situación, sobre los riesgos relacionados con la atención sanitaria.

Los resultados del estudio indican que un 8,4% de los pacientes ingresados en los hospitales españoles presenta algún efecto adverso (EA) relacionado directamente con la asistencia hospitalaria. Esta cifra aumenta al 9,3% si se incluyen todos los efectos relacionados con la asistencia sanitaria. (15)

Del análisis del estudio anterior, se pueden extraer diversas conclusiones. La primera, es que se trata de un problema importante, de gran calado y que requiere un gran esfuerzo para identificar qué abordajes son los más seguros, aplicarlos cuando verdaderamente se precisen, de manera correcta y sin errores.

La segunda gran conclusión es que aunque la reducción de efectos adversos requiere un abordaje organizacional y multidisciplinar, **los profesionales de enfermería**, dados los tipos de EA evitables (errores en la medicación, lesiones por presión, flebitis, falta de información del paciente, infecciones nosocomiales, etc.), desempeñan un papel importante en los resultados de salud que se obtienen de la asistencia sanitaria y por tanto están muy implicados en la seguridad del paciente.(14)

Los SUH son elementos del Sistema Sanitario donde puede producirse una tasa de (EA) elevada. Dos datos cifran la situación en Urgencias: en el estudio ENEAS, un 9,8% de los EA del periodo de prehospitalización, ocurrieron en urgencias en alguna atención previa a la que ocasiona la hospitalización y un 37,5% de los que ocurren en el periodo de admisión en planta, tienen su origen en el SUH.

Las condiciones de trabajo (presión asistencial, falta de coordinación del trabajo en equipo, identificación inadecuadas de los pacientes, los turnos de trabajo y las guardias, las interrupciones continuas, y los errores de comunicación entre profesionales, pacientes, medicación, etc), son las causas que más se han apuntado como desencadenante de EA en los SUH.(12)

Extrapolando los datos del Estudio ENEAS a los servicios de Urgencias, (los datos fueron presentados en el XIX Congreso Nacional de la SEMES en

Tarragona en junio de 2007), los investigadores encontraron que la incidencia de EA relacionados con la asistencia en urgencias y detectados durante la hospitalización fue de 0,76% (Índice de Confianza, IC95%: 0,51% - 1,1%). La proporción de EA que se produjeron en el área de urgencias fue de un 3% (IC: 1,6% - 4,5%) del total de EA.

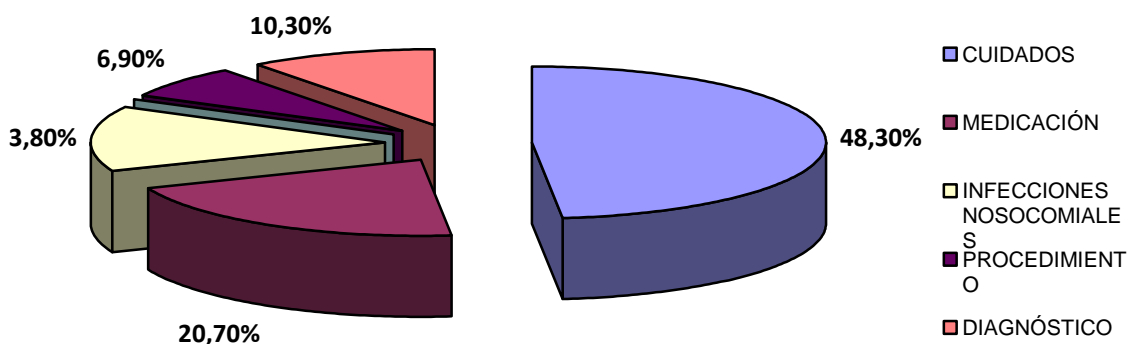
El 55,2% de los EA fueron leves, el 31% moderados y el 13,8% graves. El 48,3% de los EA se relacionaron con los cuidados, el 20,7% con la medicación, el 13,8% con las infecciones nosocomiales, el 6,9% se asociaron a algún procedimiento, y el 10,3% al diagnóstico. (Gráfico 1)

El 44,8% de los EA tuvieron como consecuencia un incremento de la estancia, y en un 24,1% el EA condicionó el ingreso y, por lo tanto, toda la hospitalización fue debida a éste. Esta carga suponía como mediana 3 días en los EA que alargaron la estancia y de 5 días en los que causaron un reingreso.

El 75,9% de los EA fueron evitables ⁽¹⁰⁾.

Gráfico 1: Posibles causas de los Efectos Adversos en los SUH.

Fuente: Chanovas Borràs M, Campodarve I, Tomás Vecina S. (10)



La edad es un factor de vulnerabilidad del paciente, ya que los mayores de 65 años tienen el doble de EA que los menores de 65 años.

Así pues, los EA que se originan en urgencias constituyen una proporción importante del total de los EA debidos a la propia asistencia sanitaria. Los EA originados en urgencias son con mayor frecuencia leves, están relacionados con los cuidados y contienen a su vez, una elevada proporción de evitables.

Todas estas cualidades que permiten caracterizar los EA de urgencias como específicos, justifican la necesidad de la adecuada identificación de los mismos para la elaboración de estrategias que minimicen su aparición.

3.3.1.- DEFINICIONES Y CAUSAS DE LOS ERRORES.

A pesar de todos los esfuerzos realizados, no existe aún un cuadro completo de lo que podríamos denominar epidemiología de la seguridad y de los errores, y tampoco existe una nomenclatura estandarizada, existiendo grandes diferencias entre autores y países. La ausencia de consenso en los conceptos que se manejan, hace a veces difícil diferenciar entre error y efecto, o entre error y fallo. Para intentar homogeneizar los conceptos, en la Tabla 1 se proponen las definiciones de los elementos más importantes.

Tabla 1: Definiciones.

Fuente: Tomás S. Introducción a la seguridad clínica.(13)

Seguridad: ausencia de lesiones por accidentes.

Accidente: evento que produce perjuicios en un determinado sistema impidiendo los resultados deseados.

Error: acción fallida que no se realiza tal como se planificó (error de ejecución). O la utilización de un plan equivocado para la consecución de un objetivo (error de planificación).

Evento adverso: lesión o daño que se produce como resultado de una intervención sanitaria y desencadena una discapacidad que puede medirse. No es debida a la condición subyacente del paciente. Una sucesión de errores puede provocar un evento adverso.

Evento adverso prevenible: evento adverso atribuible a un error.

Errores activos: actos inseguros cometidos por personas en contacto directo con el paciente o con el sistema (lapsos, equivocaciones, deslices, torpezas, incumplimiento de procedimientos).

Condiciones latentes: “patógenos residentes en el sistema”. Proviene de decisiones tomadas por diseñadores, redactores de protocolos y la alta dirección (presión de tiempo, personal insuficiente, equipo inadecuado, fatiga, inexperiencia, etc.).

Por otra parte, cuando se analizan las causas de los errores hay que tener en cuenta los diferentes modelos que explican el error humano. Una reacción inmediata cuando ocurre un error es encontrar a alguien responsable y culpabilizarle. Incluso los más simples eventos o errores ocurren por la convergencia de múltiples factores contribuyentes. Culpabilizando a la persona no cambiarán los factores y el mismo error se puede reproducir. Cuando se analizan los errores, la tendencia natural es a tener en cuenta los llamados errores activos e ignorar las condiciones latentes. No tener en cuenta las condiciones latentes puede conducir a la recurrencia del error y del evento adverso. Si solamente, se toman en consideración los errores activos, no se evita la reaparición de los problemas de seguridad. A la hora de analizar las causas de EA se pueden encontrar dos modelos:

- *El modelo centrado en la persona:* Basado en aspectos como falta de motivación, olvidos y descuidos, falta de cuidado, negligencia, imprudencia, etc. Tiene como respuesta la reducción de la variabilidad

no deseada entre seres humanos a través del miedo, medidas disciplinarias, amenaza de denuncia, culpabilización, avergonzar, etc

- *El modelo centrado en el sistema:* Tiene como premisa básica que los humanos son falibles y los errores son esperables, incluso en las mejores organizaciones. Los errores se ven como consecuencias y no como causas, teniendo sus orígenes, no en la perversidad de la naturaleza humana, sino en factores sistémicos. Como respuesta, no se trata de cambiar la condición humana, sino de cambiar las condiciones en las que trabajan las personas. Una idea central es la de las defensas (escudos) del sistema. Cuando ocurre un efecto adverso, lo importante no es quién se equivocó, sino cómo y por qué las defensas fallaron. Cuando se explica la aproximación sistémica se suele poner como ejemplo el modelo propuesto por Reason del queso suizo (Figuras 1 y 2). La claves de este modelo se pueden resumir en: los accidentes ocurren por múltiples factores, existen defensas para evitar los accidentes, pero múltiples errores “alineados” permiten que los accidentes o eventos adversos ocurran, la revisión del sistema permite identificar cómo los fallos “atraviesan” las defensas.⁽¹³⁾

Fig 1: Modelo producción de eventos adversos.

Fuente: Seguridad clínica en hospitalización de cirugía cardíaca(17)

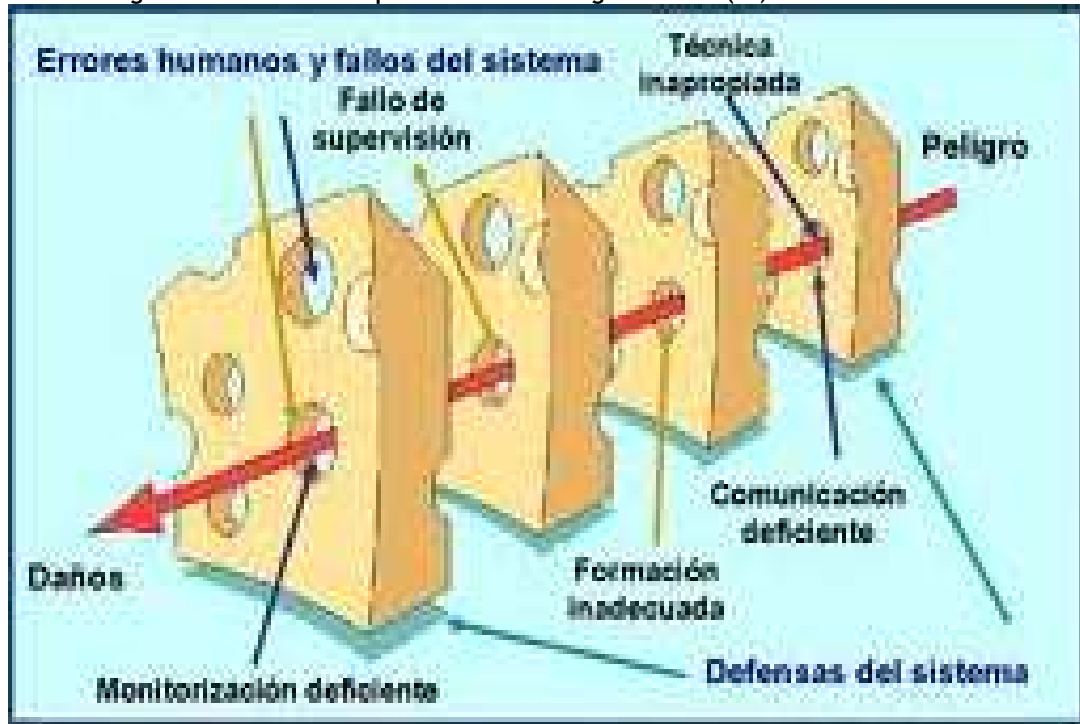
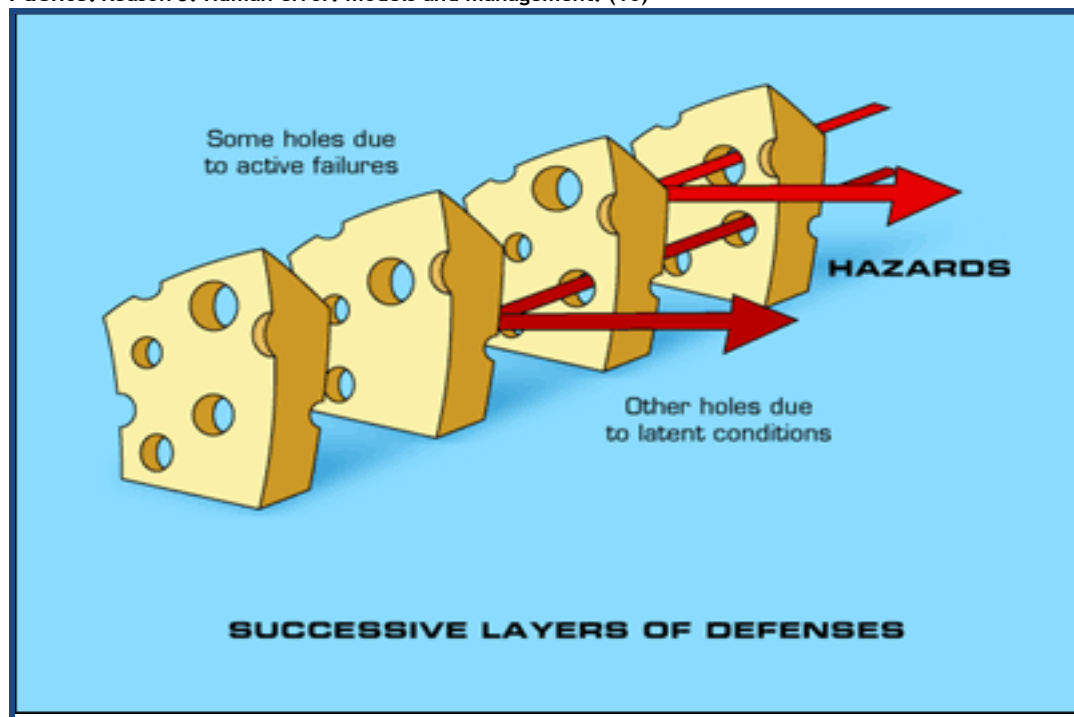


Fig 2.. Modelo de producción de efectos adversos

Fuente: Reason J. Human error: models and management. (16)



3.4.- FACTORES FAVORECEDORES DE ERRORES EN LOS SUH

Los SUH reúnen una serie de condiciones que pueden facilitar la aparición de EA. Analicemos sus características a continuación:⁽¹⁰⁾

1. ¿Por qué se cometen errores en los SUH? ¿La formación es la adecuada?

Obviamente, si la preparación de los profesionales que realizan su labor asistencial en urgencias no es la adecuada, la actividad asistencial no se desarrollará correctamente. La dedicación continuada a las urgencias, en los últimos tiempos ha posibilitado que la preparación sea mejor.

Tan importante como la formación, es la disposición de los profesionales. Las urgencias, por ser un servicio con mucha presión asistencial, es uno de los lugares en los que la incidencia de “Burn out”, es mayor, lo cuál, da lugar a la desmotivación del personal. La desmotivación puede traer al desinterés e, incluso la desidia que, sin lugar a dudas, son también una fuente de error.

2. ¿Afecta la presión asistencial a la aparición de errores?

No es igual la concentración que se tiene en un entorno tranquilo y silencioso, como puede ser una sala o un despacho, que un espacio con el ruido ambiental de urgencias donde la evolución y tratamiento de los pacientes pueden producirse demasiado tarde. En este contexto es más fácil cometer errores y es un factor a tener en cuenta.

Por otra parte, no hay que olvidar la importancia de la adecuada dotación de recursos humanos y /o materiales.

3. ¿Influencia de los horarios?

El horario en forma de guardias de 24 horas no favorece una buena asistencia.

4. ¿Cuáles son los puntos negros? ¿En qué momento son más importantes los errores?

a) *Triage*: uno de los momentos cruciales es el triaje de los enfermos. Si existe error a la hora de evaluar la gravedad y se valora una posible patología como leve y es grave, las consecuencias podrán ser irreparables puesto que se habrá perdido un tiempo precioso para iniciar la atención y administrar el tratamiento adecuado. Por tanto, es sumamente importante disponer de un sistema de triaje o valoración del motivo de consulta estructurado y validado y que sea realizado a su vez por un profesional con conocimiento y

experiencia. De ahí que la implantación progresiva de sistemas de triaje estructurado, es uno de los mayores avances en seguridad clínica en los SUH, ya que permite la identificación y priorización de la atención urgente en función de las necesidades del paciente.

b) Trasmisión de la información: Un momento crítico es el cambio de turno o el cambio de guardia y la evaluación inmediatamente posterior de los pacientes. Debe recordarse siempre que es responsabilidad, tanto del profesional entrante como del saliente, la correcta transmisión de la información.

c) Comunicación: La carencia de comunicación y coordinación en circunstancias de extrema gravedad, puede tener consecuencias irreparables. De la misma forma que las órdenes médicas mal expresadas, con letra ininteligible o de forma oral, facilitan las equivocaciones.

El aumento progresivo de la inmigración en nuestro país hace que los problemas de comunicación por diferencias culturales y de idioma sean muy frecuentes. Aunque la información insuficiente o inadecuada al paciente y/o familiares no sea un error en sí mismo, sí que puede hacer que la evolución del paciente no sea la deseada. ⁽¹⁰⁾

4. ANÁLISIS INTERNO Y EXTERNO. MÁTRIZ DAFO



ANÁLISIS INTERNO Y EXTERNO. MATRIZ DAFO

A continuación se detalla el análisis de la organización efectuado en la actualidad, con el objeto de recoger aspectos positivos y negativos que puedan influir en el fomento de la cultura de seguridad clínica del paciente en el ámbito de Urgencias y de esa forma se pueda colaborar para alcanzar la Acreditación del Servicio de Urgencias Hospitalarias. Dicho análisis será necesario tener en cuenta para garantizar el éxito en el proceso de mejora.

En el análisis interno, se tendrán en cuenta los recursos y capacidades con los que cuenta el nuevo SUH, estando relacionados estos aspectos con las personas que forman parte de dicho servicio.

Por su parte, en el análisis externo, se considera el entorno en el que el nuevo Servicio está enmarcado.

Así pues, para la identificación de los aspectos internos y externos, favorables o desfavorables, se utiliza como herramienta, la matriz DAFO.

Debilidades

- Falta de unificación de criterios y formas de trabajo entre ambos equipos.
- Falta de especialización del profesional de Enfermería de Urgencias.
- Escasa concienciación sobre cultura de seguridad clínica del paciente.
- Carencia de datos acerca de seguridad clínica en los Servicios de Urgencias del CHN.

Fortalezas

- Equipo directivo implicado, con gran carácter motivador.
- Posibilidad de redistribuir los recursos humanos y materiales.
- Equipo humano con experiencia y formación.
- Profesionales con una media de edad joven con mayor predisposición al cambio.

Amenazas

- Falta de definición de los recursos relacionados con dicha unificación.
- Situación actual de crisis económica.
- Existencia de una mayor demanda en atención urgente por parte de la población. Mayor presión de Urgencias.
- Tasa elevada de EA (37,5%) con origen en los Servicios de Urgencias.

Oportunidades

- Normativa estatal y autonómica sobre el fomento de la Cultura de Seguridad Clínica del Paciente.
- Creación de un único Servicio de Urgencias Hospitalarias.
- Apoyo de la Dirección de Enfermería para potenciar la seguridad clínica del paciente (Una de las líneas estratégicas de la Dirección de Enfermería del CHN es la Seguridad Clínica y Garantía de Calidad).
- Existencia de unidades de referencia en otras comunidades autónomas.
- Posibilidad de organización de sistemas de trabajo más eficientes.
- Posibilidad de conseguir la acreditación para el nuevo Servicio de Urgencias Hospitalarias.

5. OBJETIVOS



Este proyecto basa su justificación en la importancia no solamente de la concienciación de los profesionales que realizan su labor asistencial en el SUH en materia de seguridad clínica sino en la incorporación de unas pautas de actuación que preserven en todo momento la seguridad clínica del paciente, ya que éste es un aspecto crucial en la Calidad Asistencial Total. De ahí que se consideran objetivos del proyecto:

Objetivo General:

- Promover la Calidad asistencial total dentro del nuevo Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario de Navarra a través de la implantación de un programa de medidas que preserven la seguridad clínica del paciente, con el objetivo final de poder alcanzar la Acreditación de dicho Servicio.

Objetivos específicos:

- Promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales en el Servicio de Urgencias Hospitalarias.
- Identificar las principales situaciones de riesgo y las prácticas de enfermería que mejoran la seguridad del paciente. Detectar áreas de mejora
- Detectar las necesidades de formación en materia de seguridad clínica del paciente y elaborar un plan de Formación.
- Recomendar el fomento de un entorno apropiado para la utilización de medidas y prácticas seguras.
- Concienciar a los profesionales en la utilización de herramientas para la seguridad clínica del paciente.
- Diseñar y establecer sistemas de información y notificación de eventos adversos para el aprendizaje.

6.METODOLOGÍA



Un signo de madurez de cualquier organización es la perseverancia en los objetivos importantes, la revisión sistemática de sus métodos de trabajo y la mejora continuada de los mismos. Como ya se ha explicado anteriormente, los servicios sanitarios que solicitan la acreditación llevan previamente a cabo una autoevaluación que posteriormente es comprobada por medio de una evaluación o auditoría externa. Todo ello siguiendo unas guías de evaluación previamente diseñadas y homogéneas para todos. Por si esto fuera poco, la tendencia clara es a centrarse principalmente en los procesos (Gestión y Asistencial) y en los resultados, haciendo especial énfasis en la perspectiva del paciente y todo lo que tiene que ver con la cultura de seguridad clínica del paciente y prácticas seguras como condición indispensable para alcanzar la acreditación.

En base a lo anterior, la autora de este proyecto se ha centrado en los profesionales de Enfermería y su papel en la acreditación del nuevo Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario.

Para ello se han tomado en consideración algunos aspectos de los Estándares de Acreditación de SEMES. En concreto, dentro del apartado D, el subapartado D3 (Plan de seguridad) (Anexo I).

La metodología llevada a cabo ha querido tener desde el comienzo, un claro carácter abierto y participativo a todos los profesionales implicados. Hay que destacar como herramientas fundamentales en todo el proceso, por una parte, el papel de liderazgo ejercido desde la Jefatura de Unidad con un gran carácter motivador y por otra parte la información y comunicación continuas con todos los grupos que han colaborado en este proyecto.

En el desarrollo de la metodología empleada, se pueden distinguir cuatro fases:

La *primera fase* consistiría en identificar las áreas de mejora. Supone hacer un análisis de la situación de la que se parte. Para ello es necesario recoger datos internos y externos sobre la actividad de la organización, así como analizarlos, estudiando la necesidad de cambio y la oportunidad de mejora.

Posteriormente, en la *segunda fase* se definiría la situación deseada, a donde se quiere llegar. Esta fase supone hacer visible la visión, contribuye a aclarar la dirección en la que se desea ir.

La *tercera fase* sería la transición entre el punto de partida y el de llegada, es decir, la puesta en marcha del plan previamente diseñado.

La *fase final o cuarta fase* sería la de evaluar resultados y conclusiones.

De acuerdo con esta metodología:

1. Fase de estudio inicial: Recogida de datos e información de la situación actual en cuanto a los aspectos del proyecto. Se determinan áreas de mejora.
2. Elaboración y diseño del plan de seguridad clínica del paciente.
3. Puesta en marcha de las actuaciones diseñadas.
4. Evaluación de resultados.

7 .DESARROLLO DEL PROYECTO



DESARROLLO DEL PROYECTO

7.1 FASE DE ESTUDIO INICIAL

Enlazando con en el punto anterior, esta primera fase es en la que se recoge la información relacionada con la Seguridad Clínica del Paciente (SP) en la actualidad, se determinan las carencias no solamente en materia de estructuras sino de recursos humanos, es decir formación e información sobre seguridad clínica del paciente y prácticas seguras, para de esta manera poder determinar las áreas de mejora.

Se da la peculiar circunstancia de que, en el momento actual, el nuevo SUH, no ha iniciado todavía su actividad asistencial por lo que, no es posible obtener ningún tipo de dato relevante al respecto. Además, tampoco existen datos concluyentes, ni estudios realizados en materia de SP en los SUH de ambos hospitales del CHN

Ante esta escasez de datos y resultados, son de gran ayuda las aportaciones concretas que ofrecen diversas organizaciones significativas en el campo de la SP, para priorizar las actuaciones de análisis y mejora en una institución en particular. Estos organismos, ya sea de modo individual o en forma de alianzas entre ellos, establecen políticas que proporcionan recomendaciones establecidas en base a los EA o incidentes comunicados y de estudios realizados. Asimismo, aportan el análisis causal y la valoración de su repercusión ya sea por ellos mismos o por un equipo de expertos, el diseño de planes de acción y los resultados de su aplicación así como herramientas metodológicas adaptables y extrapolables a este entorno particular y de esa manera se facilita el trabajo.⁽¹⁴⁾

Como comenta Tomás ⁽¹⁴⁾, “los SUH han ido introduciendo progresivamente herramientas de trabajo y elementos de gestión que han contribuido, de manera directa o indirecta, a la mejora de la seguridad del paciente. La implantación de los sistemas de *triaje* estructurado en los SUH, en los que se valora la priorización de la visita junto con la gravedad estimada por protocolos validados, y las políticas de mejora de la calidad mediante el

seguimiento de indicadores y/o modelos de acreditación de SUH, donde se valoran, entre otros elementos, la seguridad y el riesgo, han sido algunos de los avances más significativos, promovidos especialmente desde las sociedades científicas de medicina de urgencias”.

En los últimos años, y gracias al fuerte empuje provocado por las alianzas en materias de la seguridad del paciente desarrolladas por las administraciones, se está implantando paulatinamente una conciencia y cultura de la seguridad entre los profesionales de la atención urgente así como el desarrollo de iniciativas de investigación con la consiguiente mejora de resultados y eficiencia en la prevención de riesgos.

7.2- DISEÑO Y ELABORACIÓN DEL PLAN DE SEGURIDAD

El Departamento de Salud del Gobierno de Navarra, de acuerdo con las evidencias nacionales e internacionales y en concordancia con las directrices elaboradas tanto por organismos internacionales como por el Gobierno de España en su Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud, asumió en su momento el compromiso de promover la excelencia en la atención sanitaria que presta a sus ciudadanos y especialmente en la puesta en marcha o consolidación de aquellas estrategias que promuevan y fomenten la seguridad de los pacientes. En este sentido las líneas estratégicas de su actuación se han orientado prioritariamente a:

- Desarrollar una cultura de seguridad entre los profesionales sanitarios
- Promover el desarrollo de prácticas clínicas de efectividad reconocida en la prevención y minimización de los efectos adversos
- Fomentar la investigación en áreas relacionadas con la excelencia de la asistencia sanitaria y seguridad de pacientes ⁽¹⁵⁾

7.2.1-DESARROLLO DE UNA CULTURA DE SEGURIDAD ENTRE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

Cualquier acción que se inicie en un servicio de SU con el objetivo de mejorar la seguridad clínica del paciente, debe basarse en los siguientes pilares:⁽¹²⁾

1. Averiguar la cultura de seguridad clínica presente en la organización.

Es interesante conocer cuál es la Cultura de Seguridad (CS) de la que partimos («*baseline assesment*»), para poder valorar aquellos puntos cuya mejora conviene priorizar y valorar los progresos que se irán consiguiendo. A este fin destacan entre otras herramientas, la encuesta de seguridad de la *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ). Esta agencia patrocinó el desarrollo de un cuestionario que permite evaluar la CS, tanto a nivel del hospital como de servicios o unidades específicas, cuestionario que ha sido validado en España por el Ministerio de Sanidad.(Anexo2)

La SEMES ha administrado la encuesta en 729 profesionales de SU de 9 comunidades autónomas (datos pendientes de publicar), en donde se constata que el trabajo en equipo en la unidad es la dimensión mejor valorada (67% respuestas positivas) y las peor valoradas son la dimensión de recursos humanos (31% respuesta positivas) y el apoyo de las direcciones o gerencia (21% respuestas positivas).

La puntuación de la seguridad del paciente en los SU obtuvo un valor medio de 6,4 puntos. Estos resultados deberían ayudar a orientar la política de implantación y mejora de la CS en las organizaciones de los SU.

2. Fomentar la difusión de la cultura de la Seguridad Clínica entre la organización y la formación de los profesionales de urgencias.

Fomentar la difusión de la Cultura de Seguridad: algunas de las estrategias descritas para conseguir cambios en la cultura de la seguridad son el desarrollo de actividades de sensibilización y formación de los profesionales. En estas actividades pueden abordarse aspectos como la magnitud de los problemas, el conocimiento de los mecanismos de error, el análisis de los EA desde la perspectiva de sistemas y el conocimiento de algunas metodologías orientadas a la priorización de riesgos y rediseño de procesos.

Este enfoque debe facilitar a los profesionales herramientas y recursos para la identificación de errores en los sistemas de trabajo (lo cual permitiría cambios estructurales y de proceso) y se favorecería la disminución de la

probabilidad de la aparición de errores, así como la disminución de la gravedad de las consecuencias asociadas a EA.

Estas son las actividades necesarias para favorecer cambios en la cultura de seguridad del paciente irían todas ellas a aumentar la formación y motivación del equipo, por citar algunas de ellas:

- Aumentar la preocupación por la Seguridad del Paciente, utilizando los protocolos y estrategias de el Ministerio de Sanidad y Política social (MSPS)
- Favorecer una ética en la cual los profesionales del equipo sean respetados y se sientan capaces de alertar cuando creen que algo puede ir mal.
- Incluir la Seguridad del Paciente entre los planes de formación de la plantilla.
- Establecer sistemas de comunicación claros entre los profesionales sanitarios, para tratar de disminuir la aparición de EA. Comunicación abierta y transparente.
- Realización de charlas informativas e intentar la implicación de todo el equipo.
- Aconsejar que los Eventos Adversos sean investigados a tiempo por un equipo multidisciplinar, con enfoque al sistema involucrando a pacientes y cuidadores.
- Asegurarse de que aquellos artículos y documentos relacionados con Seguridad del Paciente sean regularmente distribuidos en toda la organización.
- Promover reuniones periódicas y eficaces entre los distintos grupos de trabajo para analizar la eventual aparición de EA.
- Favorecer en los profesionales el uso de herramientas de análisis de riesgos para aprender cómo y por qué ocurren los eventos adversos y ponerlas a su disposición.
- Poner a disposición de todo el equipo de profesionales las herramientas necesarias para el registro y notificación de EA y recomendar su uso, a este respecto, los formatos que se utilizan intentan facilitar la comunicación y, en el caso de que sean anónimos, intentan transmitir confianza a los posibles notificadores sobre la seguridad de la

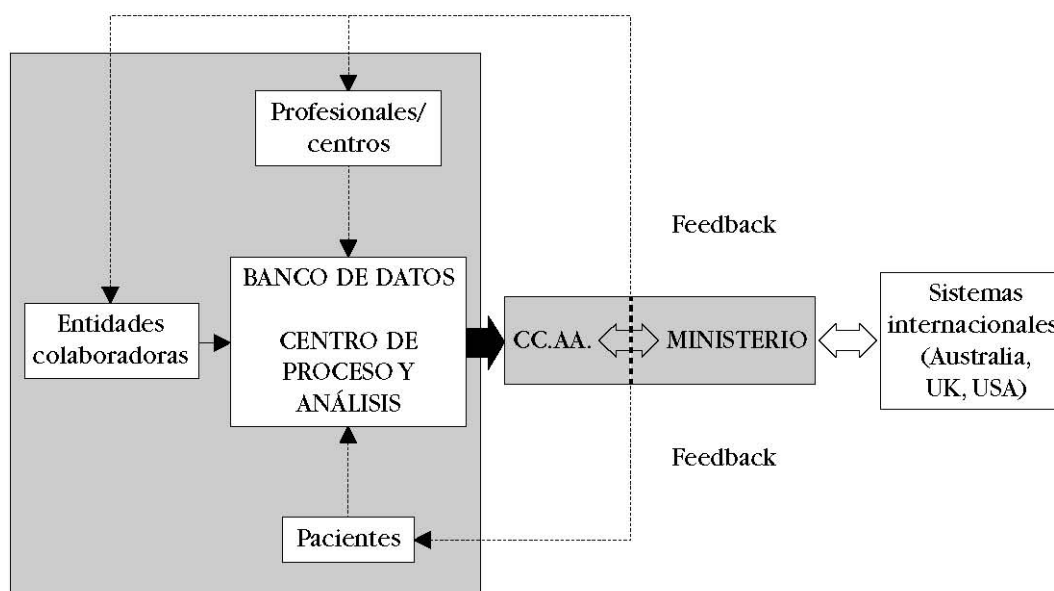
notificación. Existe el formato papel (enviado por fax) o el electrónico enviado por correo electrónico o el que se hace a través de una web.

La gestión de los sistemas de notificación de EA la puede realizar un organismo gubernamental o uno no gubernamental. En este último caso suele tratarse de una agencia pública o privada comisionada por las autoridades correspondientes para el desarrollo del programa.

En la figura 2, se describen diferentes circuitos de comunicación entre los profesionales comunicantes, la entidad que recibe la comunicación y las instancias públicas.

Fig 2: Flujo de información en un sistema de registro y notificación.

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo (23)



Todas estas actividades deben ir acompañadas de un clima de confianza mutua en que todos los miembros del servicio puedan hablar libremente sobre problemas de seguridad y sus posibles soluciones sin el temor a estigmas o represalias, con la garantía de que los efectos adversos se valoran de modo imparcial y justo y que se realizarán acciones para la mejora.

Así pues, debe pasarse del enfoque centrado en la persona al enfoque sistémico basado en el sistema, tal como se recoge en la tabla 2.

Tabla 2. Cultura de seguridad: desde el enfoque centrado en la persona hacia el enfoque sistémico centrado en el sistema.

Fuente: Tomás S., Gimena I.(14)

DESDE	HACIA
La seguridad como propiedad accesorio	La seguridad como componente esencial
Conducta reactiva	Actitud proactiva
Autoritarismo	Trabajo en equipo e intercambio de ideas
Individualismo y actitud artesanal	Trabajo en equipo y estandarización de prácticas
Ocultación y silencio	Comunicación abierta y transparencia
Atención centrada en el profesional	Atención orientada al paciente
Focalizada en el profesional que se equivoca	Centrada en el sistema que favorece el error
Búsqueda del culpable ¿Qué? ¿Quién? ¿Cuándo? ¿Cómo?	Análisis de las causas. ¿Qué?¿Cuándo?¿Cómo?¿Por qué? ¿Qué hacer para que no se repita?
Hacer «todo lo posible».	Hacer «todo lo adecuado»

3. Establecer sistemas de análisis y facilitar herramientas para compartir las experiencias y el conocimiento.

Por otra parte el análisis de la seguridad se puede hacer de una manera proactiva, es decir, detectar los riesgos y prevenir, o de manera reactiva, analiza las causas de un evento ya acontecido con el objetivo de poner en marcha acciones para reducir el riesgo de nueva aparición.⁽¹⁶⁾

En la tabla 3 se sugiere, a modo de propuesta, la utilización de herramientas de análisis que pueden ser útiles en los SU. Entre ellas, se quiere destacar, por la facilidad de implantación, las ventajas de los sistemas de registro y notificación, tanto de EA como de incidentes.

Tabla 3. Herramientas recomendadas para el análisis de riesgos en un servicio de urgencias

Fuente: Tomás S., Gimena I.(14)

Cómo se puede saber la cultura /clima sobre seguridad en el nuevo Servicio de Urgencias del CHN?
Mediante la encuesta de cultura seguridad (AHRQ)(Anexo 2)
Cómo se puede saber si los procedimientos en el Servicio de Urgencias son seguros? - Conocer los procesos («contexto»): análisis de los procesos del servicio - Indicadores
¿Cómo se puede conocer los eventos que ocurren? A través de fomentar las notificaciones de EA (Anexo 3)
¿Cómo se debe analizar los eventos detectados? Mediante análisis causal (ACR/London)(anexo 4)
Cómo se puede prevenir? Mediante análisis modal de fallos y efectos (AAMFE) de los procesos de atención urgente (Anexo 5))

7.2.2- DESARROLLO DE PRÁCTICAS CLÍNICAS SEGURAS Y MINIMIZACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS

Como se ha mencionado anteriormente, se carece de datos relevantes en cuanto a prácticas clínicas seguras en el SUH del CHN, por lo que ha sido necesario realizar una amplia búsqueda bibliográfica para obtener información veraz y fiable sobre la SP y de esa forma extrapolando la información, determinar cual o cuales deben ser las Prácticas Seguras que se deben fomentar en el nuevo SUH.

En todo el mundo, la prestación de atención sanitaria se enfrenta al desafío de una amplia gama de problemas de seguridad. Lo primero que debemos hacer es reconocer esta perturbadora realidad, rechazar la noción de que el statu quo es aceptable, y quizá lo más importante, tomar medidas para corregir los problemas que contribuyen a la atención no segura. Todos los pacientes tienen derecho a una atención eficaz y segura en todo momento.⁽¹⁹⁾ Además de todo esto, se sabe que los errores y los eventos adversos pueden ser el resultado de varias cuestiones a distintos niveles dentro de la atención sanitaria; por ejemplo, a nivel del apoyo gubernamental (financiación), a nivel de una institución o un sistema de atención sanitaria (estructuras o procesos) o en el punto de intervención entre pacientes y profesionales (error humano). Así, las prácticas clínicas seguras pretenderán promover un entorno

y sistemas de apoyo que minimicen el riesgo de daño pese a la complejidad y a la carencia de estandarización de la atención sanitaria moderna.

Como punto de partida, se hace necesario una definición operativa sobre qué se entiende como “Prácticas Seguras contra Efectos/Eventos Adversos (PSEA)”. Aplicando esta definición se han seleccionado los criterios relevantes y se han establecido de la siguiente manera ⁽²⁰⁾

“Práctica Seguras...”:

- Aquella(s) recomendación(es) formalizada y explícita en un documento hecho público, firmado por la agencia o agente responsable, con carácter de recomendación final (no borrador).
- De alcance general, es decir a escala nacional o, en el caso de la Organización Mundial de la Salud, de alcance internacional.
- Dirigida específicamente, aunque no necesariamente de manera exclusiva, a su aplicación en centros hospitalarios.

“...contra (de prevención de) Efectos Adversos”:

Para el aspecto “Prevención” de la definición, se ha tomado como referencia la definición que establece el NQF (The National Quality Forum 2007) de los Estados Unidos del perfil de sus recomendaciones como “Safe Practices for Better Healthcare”, el cuál dice que estas Prácticas Seguras deben:

- Ser generalizables, es decir, pueden ser aplicables en múltiples tipos de centros de atención clínica y/o múltiples tipos de pacientes.
- Tener alta probabilidad de obtener beneficios significativos para la seguridad del paciente si está plenamente implantada.
- Contar con una sólida evidencia de que son efectivas en la reducción del riesgo de lesionar a un paciente.

La elaboración de PSEA para la Seguridad del Paciente implica una vasta investigación para identificar y priorizar los problemas de seguridad que hay que atender y para estudiar toda solución existente para dichos problemas que pueda ser adoptada, adaptada o desarrollarse aún más para su difusión internacional.

Por otra parte, cada PSEA identificada se ha valorado según su “**Complejidad de implantación**” e “**Impacto potencial en la seguridad del paciente**”, de acuerdo con criterios y rangos de valoración específicos.⁽²⁰⁾

Complejidad de implantación:

Corresponde al grado de dificultad comparado (respecto a otras PSEA) para la plena implantación de la Práctica Segura en el ámbito de los hospitales.

Este grado de dificultad se infiere a partir de la caracterización de la Práctica Segura según 5 variables:

- **Recursos materiales necesarios:** Tipo de recursos necesarios para la implementación y el mantenimiento de una determinada PSEA.
- **RRHH específicos necesarios:** Nivel de acreditación/certificación del personal necesario para ejecutar las actividades que forman parte de una PSEA.
- **Número de servicios asistenciales a coordinar necesariamente:** Número de servicios asistenciales diferentes del hospital que es necesario coordinar para implantar efectivamente la PSEA.
- **Necesidad de formación y aprendizaje:** Necesidades de formación adicional de los profesionales sanitarios en conocimientos necesarios para la correcta aplicación de determinada PSEA.
- **Impacto en la organización:** Número de macro procesos dentro del hospital afectados por la implantación de una Práctica Segura contra EA.

Impacto potencial en la seguridad del paciente:

Para este estudio se ha considerado que, a partir de los hallazgos del estudio ENEAS, se pueden establecer 4 “tipologías” de *impacto potencial general en la seguridad del paciente*, según el tipo de EA sobre los que se actúe: ⁽¹⁸⁾

- **Tipo I:** Alto impacto (alta prevalencia y moderada evitabilidad).
- **Tipo II:** Muy alto impacto (alta prevalencia y alta evitabilidad).
- **Tipo III:** Impacto moderado (baja prevalencia y alta evitabilidad).
- **Tipo IV:** Impacto específico/limitado (baja prevalencia y baja evitabilidad).

La correlación entre la distribución de las PSEA según su “impacto potencial” y según su “complejidad de implantación”, permite construir la “Matriz PSEA” y discriminar así las Prácticas Seguras Simples

Así, el Nivel 1 tiene las condiciones ideales de una “Práctica Segura Simple” según la definición explicada, es decir, la menor complejidad de implantación y el mayor impacto potencial general en la seguridad del paciente.

Además, se consideran otros 3 niveles más de Prácticas Seguras Simples según condiciones de equilibrio *Impacto potencial versus complejidad de implantación* diferentes. Así es posible tener 4 niveles de priorización que, en último término, buscan facilitar en alguna medida, la toma de decisiones a la hora de elegir aquellas PSEA sobre las que actuar o por las que apostar. (Anexo 6).

Así mismo, se hace necesario hablar de las barreras de implantación y cabe hacerse la siguiente pregunta:

“¿Cuáles son las principales barreras a superar para implantar las Prácticas Seguras Simples en los hospitales españoles?”.

Para responder a esta pregunta, las barreras identificadas se priorizaron según criterios de factibilidad e importancia ⁽²⁰⁾

- *Factibilidad*: Nivel relativo que cada barrera tiene, respecto a las demás, para ser consideradas como más “fáciles” o asequibles de superar en el contexto actual de los hospitales españoles.
- *Importancia*: Nivel relativo que cada barrera tiene, respecto a las demás, para ser consideradas como más importantes por su efecto dinamizador en la implantación de las Prácticas Seguras Simples (al superarlas o resolverlas, contribuirían de forma más importante a la implantación de las Prácticas Seguras).

De esta forma, se segmentaron las “barreras” en 3 grandes grupos, con el fin de establecer cuáles de ellas podrían abordarse antes (Prioridad 1) que otras (Prioridad 2 y 3). (Anexo 7).

7.2.3-PRÁCTICAS SEGURAS CONTRA EVENTOS ADVERSOS EN LOS SUH

De la revisión anterior y la metodología planteada se pueden establecer o determinar un conjunto de PSEA prioritarias en los hospitales y sobre todo en los SUH. La autora de este proyecto en función de su experiencia profesional en el SUH y el estudio mencionado en el apartado anterior (basado en las recomendaciones de la OMS), ha detectado cuales de las PSEA identificadas, podrían ser consideradas prioritarias para los SUH y por lo tanto también para el nuevo SUH del CHN. Estas PSEA serían:

1. Identificación de pacientes.
2. Seguridad de medicamentos.
3. Comunicación durante el traspaso de pacientes.
4. Prevención de caídas.
5. Seguridad en la contención mecánica de enfermos.

1. IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES

Declaración del problema o impacto.

- Los principales campos donde puede darse una identificación incorrecta de los pacientes incluyen la administración de medicamentos, técnicas de acceso vascular periférico, transfusiones de sangre e intervenciones quirúrgicas.
- La Joint Commission International, determinó la mejora de la identificación del paciente en el primer lugar de sus Objetivos nacionales para la seguridad del paciente, presentados en 2003, ya que la identificación incorrecta de los pacientes es precisamente, el origen de muchos EA. Además, continúa siendo un requisito para la acreditación en la actualidad.
- Las pulseras de identificación se han usado tradicionalmente para identificar a los pacientes hospitalizados, sin embargo, las pulseras perdidas o la información incorrecta limitan la eficacia de este sistema. Si bien, la codificación por colores de las pulseras facilita el

reconocimiento visual rápido, es un sistema que debe estar estandarizado para evitar errores.

- Independientemente de la tecnología (pulsera identificativa, código de barra) o el enfoque empleado para identificar a los pacientes con exactitud, la planificación cuidadosa de los procesos de atención asegurará la debida identificación del paciente antes de cualquier intervención médica y proporcionará una atención más segura, con considerablemente menos errores.⁽¹⁷⁾

Actividades sugeridas.

Las siguientes actividades han sido sugeridas por un consenso de expertos y la revisión de protocolos e informes sobre identificación de pacientes ⁽¹⁷⁾

- Asegurar que las organizaciones de atención sanitaria cuenten con sistemas implementados que:
 - Apelen a la responsabilidad de los trabajadores de la atención sanitaria de verificar la identidad de los pacientes y hacer coincidir los pacientes correctos con la atención correcta (resultados de análisis de laboratorio, muestras, procedimientos) antes de administrar la atención.
 - Fomenten el uso de al menos dos identificadores (nombre y fecha de nacimiento) para verificar la identidad de un paciente en el momento de la admisión en el SUH, previo a cualquier atención sanitaria o de la transferencia a otro hospital o servicio. Ninguno de estos identificadores debería ser el número de habitación del paciente.
 - Estandaricen los sistemas o medidas para la identificación del paciente entre los distintos servicios dentro de un sistema de atención sanitaria.
 - Utilicen protocolos para identificar pacientes que carezcan de identificación y para distinguir la identidad de los pacientes con el mismo nombre. Deben desarrollarse y utilizarse enfoques no orales para identificar pacientes comatosos o confundidos.
 - Fomenten la participación de los pacientes en todas las etapas del proceso.

- Fomenten el etiquetado de los recipientes utilizados para la sangre y demás muestras en presencia del paciente.
- Protocolicen aquellas situaciones en las que los resultados de análisis de laboratorio u otros hallazgos clínicos no coincidan con la historia clínica del paciente.
- Prevean controles y revisiones reiterados a fin de evitar la multiplicación automática de un error a consecuencia de un fallo informático.
- Fomentar la implementación de sistemas informatizados (códigos de barras, identificación por radiofrecuencia, biometría) para disminuir el potencial de errores de identificación, donde fuera viable.
- Incluir estrategias sobre procedimientos de control y verificación de la identidad de un paciente dentro de la orientación y el desarrollo profesional permanente de los trabajadores de la atención sanitaria en el área de Urgencias.
- Educar a los pacientes sobre la importancia y la relevancia de la correcta identificación de los pacientes, de una manera positiva que también respete su interés por la privacidad.

Barreras potenciales.

- Dificultades para lograr un cambio de conducta individual a fin de cumplir con las recomendaciones.
- Variación del proceso entre centros dentro de una zona geográfica. No unificación de criterios
- Insuficiente análisis costo/beneficio de las medidas a implantar
- Percepción, por parte de los profesionales sanitarios, de que la relación con el paciente se ve comprometida por la reiterada verificación de la identidad de éste.
- Aumento de la carga laboral del personal.
- Errores tipográficos y de origen informático en los datos personales de los pacientes.
- Cuestiones culturales, entre las que se incluyen:

- *El estigma asociado con el uso de una banda de identificación.*
- *El alto riesgo de identificación incorrecta del paciente debido a la estructura de su nombre, a una gran similitud de nombres y a datos inexactos sobre fechas de nacimiento.*
- *Los pacientes que utilizan tarjetas médicas de otras personas para poder acceder a los servicios.*
- *La ropa que oculta la identidad.*

2. SEGURIDAD DE MEDICAMENTOS

Declaración del problema o impacto

Algunos medicamentos, si bien se comercializan bajo el mismo nombre comercial, pueden contener distintos principios activos en distintos países. Es más, el mismo medicamento comercializado por más de una empresa podría tener más de una marca.⁽¹⁹⁾

Se necesita más investigación para desarrollar los mejores métodos para asegurar que los nombres comerciales no se confundan. Además, los organismos de reglamentación de todo el mundo y la industria farmacéutica mundial deben hacer más énfasis en las cuestiones de seguridad asociadas con los nombres de los medicamentos.

Actividades sugeridas

- Garantizar que las organizaciones de atención sanitaria identifiquen y administren activamente los riesgos asociados con los medicamentos de aspecto o nombre parecidos mediante⁽¹⁹⁾
 - La revisión anual de este tipo de medicamentos en su organización.
 - La implementación de protocolos clínicos que:
 - ✓ Minimicen el uso de órdenes orales y telefónicas.
 - ✓ Hagan énfasis en la necesidad de leer atentamente la etiqueta cada vez que se tiene acceso a un medicamento, y otra vez antes de su administración, en vez de confiar

en el reconocimiento visual, la ubicación u otras pautas menos específicas.

- ✓ Importancia de verificar el propósito del medicamento en la receta u orden, y, antes de administrarlo, verificar que haya un diagnóstico activo que coincida con el propósito o la indicación del medicamento prescrito.
- ✓ Incluyan tanto la designación común como el nombre comercial del medicamento en las órdenes y etiquetas de los medicamentos, con la designación común cerca de la marca, y con letras más grandes.
- La elaboración de estrategias para evitar la confusión o interpretación incorrecta causada por recetas u órdenes de medicamentos ilegibles, incluyendo las que:
 - ✓ Requieren la impresión de los nombres y las dosis del medicamento.
 - ✓ Hacen énfasis en las diferencias en el nombre del medicamento utilizando métodos tales como la mezcla de mayúsculas y minúsculas.
- El almacenamiento de los medicamentos problemáticos en sitios separados o en orden no alfabético, como por ejemplo por número de cubo, en estantes o en dispositivos de dispensación automática.
- La elaboración de estrategias para involucrar a pacientes y cuidadores en la reducción de riesgos a través de:
 - ✓ Entregar a pacientes y cuidadores información escrita sobre los medicamentos, incluidas las indicaciones del medicamento, la denominación común y la marca, y los posibles efectos secundarios del medicamento.
 - ✓ Elaborar estrategias para incluir a los pacientes con trastornos de visión, diferencia de idiomas y conocimientos limitados de la atención sanitaria.
- Evitar el empleo de medidas punitivas: garantizar el acceso a una información adecuada de los errores que se producen en la institución para evitarlos en el futuro, facilitando medios y aplicación de medidas para mejorar.

- Adecuar las áreas de trabajo: evitando que sean ruidosas, que estén suficientemente iluminadas sobre todo aquellas en las que se trabaja con medicamentos. Realizar una planificación de trabajo con el fin de evitar las sobrecargas del mismo o la falta de personal para realizarlo.
- Facilitar la divulgación del registro de errores: evitar la sensación de "secretismo" cuando nos referimos a los errores de medicación, ya que la transparencia informativa entre los profesionales sanitarios ayuda a impedir que se produzcan errores en el futuro.
- Supervisar adecuadamente la formación: establecer un programa de formación adecuadamente tutelado de los estudiantes de farmacia, medicina, enfermería y otros profesionales en prácticas en hospitales y otros centros de salud.

Barreras potenciales

- Producción y comercialización continuadas de medicamentos de aspecto o nombres parecidos.
- Barreras idiomáticas entre profesionales de atención sanitaria de varias nacionalidades, en especial cuando ejercen su profesión fuera de su país
- Falta de recursos para implementar un soporte tecnológico de órdenes médicas
- Reticencia de las autoridades y los profesionales de atención sanitaria a fomentar el uso de las denominaciones comunes de los medicamentos
- Campaña de educación compleja, necesaria para informar a pacientes y profesionales.⁽¹⁹⁾

3. COMUNICACIÓN EN EL TRASPASO DE PACIENTES

Declaración del problema o impacto

La información y su comunicación suelen ser factores subyacentes de muchos de los EA de los apartados anteriores.

No obstante, hay datos suficientes que permiten considerarla como un grupo aparte. La *Joint commission of Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) documentó en un estudio del año 2003 que las anomalías en la comunicación

eran las responsables de cerca de un 60% de errores médicos de los cuales un 75% acabaron en muerte.

Asimismo, la comunicación era la primera causa raíz de los eventos centinela recogidos por la JCAHO en el año 2005. La mayoría de gestores de riesgos de los países occidentales concuerdan que, hasta el 80% de las reclamaciones por mala praxis son atribuibles a fallos en la comunicación o falta de habilidades comunicativas, generalmente atribuibles a los médicos.⁽¹⁴⁾

Actividades sugeridas

Las recomendaciones suelen hacer referencia a puntos críticos que afectan a los SU, tales como:

- Comunicación de la información durante las transferencias del paciente entre los diferentes pasos de la continuidad asistencial, ya sea dentro del mismo SUH (cambio de turno, de servicio, traslados, consultas en turno de noche, etc.) como entre los distintos servicios y/o organizaciones diferentes (alta, traslado interhospitalario, etc.).
- Promoción de sistemas seguros, claros y estandarizados de registro y transmisión de información (especialmente la no presencial) y de confirmación de determinado tipo de la misma (resultados críticos, etc.) así como estandarización de las abreviaturas, acrónimos, símbolos y medidas.
- Promoción de registros estandarizados de recogida de datos e información clínica del paciente (Informes y registros médicos y de enfermería, receta electrónica).
- Estimular a los profesionales para que registren adecuadamente la información acerca del paciente.
- Crear un clima de confianza para de esa forma, estimular a los profesionales a una comunicación eficaz, abierta y participativa.
- Comunicación al paciente cuando se ha producido un EA en el mismo. Las conductas de evitación, de justificaciones poco claras y/o de barreras de cualquier tipo, conducen inevitablemente a reclamaciones y denuncias, situaciones graves tanto para el profesional como para el paciente y familiares.

- Asimismo, la Ley 41/2002 de autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica hace referencia a que «la comprensión del riesgo es básica para estar en disposición de tomar decisiones». La información debe ser adecuada y conveniente al proceso y la situación concreta frente al término de «completa» que alude la Ley General de Sanidad.⁽¹⁴⁾

Barreras potenciales

- Presión de tiempo a causa de las necesidades de atención del paciente.
- Diferencias culturales e idiomáticas entre el paciente y profesional.
- Falta de recursos económicos y escasez de personal.
- Ausencia de liderazgo para imponer la implementación de nuevos sistemas y conductas.
- Carencia de infraestructura de tecnología de la información y de interoperabilidad.
- Escasez de habilidades comunicativas de los profesionales.

4.- PREVENCIÓN DE CAIDAS EN EL SUH

Declaración del problema o impacto

La Organización Mundial de la salud (OMS) define el término de caída como, “La consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite al individuo al suelo en contra de su voluntad”. La estancia hospitalaria supone siempre un riesgo añadido al proceso por el que se ingresa, dado que el riesgo a las caídas, se encuentra dentro del grupo de los efectos adversos hospitalarios, poniendo en peligro la seguridad de los pacientes⁽²¹⁾.

Según la bibliografía consultada, las causas de las caídas son multifactoriales, pero se pueden agrupar en dos tipos de causas, las extrínsecas, relacionadas

con el entorno del paciente y las intrínsecas, relacionadas directamente con el paciente. Todos estos factores se deben tener en cuenta en el momento de realizar el análisis del riesgo de caídas y planificar las medidas necesarias para la seguridad del paciente.

La prevención ha de ser considerada como la actividad prioritaria de los cuidados del paciente en relación a las caídas. Las actividades de prevención se planifican de forma individualizada y relacionadas con cada uno de los factores identificados.

Para ello, al ingresar un paciente en una unidad hospitalaria se deberá identificar si está en el grupo de riesgo, aplicando la escala escogida por el centro en el que se encuentre (J.H. Downton, 1993 podría ser una de ellas) ⁽²¹⁾ (Anexo 8).

Actividades sugeridas

La necesidad que se deberá cubrir será de **Seguridad** del paciente, puesto que tendremos un diagnóstico de **Riesgo de Caídas** y nuestras intervenciones se deberán dirigir hacia la **Prevención de Caídas** (NIC 6490).⁽²¹⁾

- Las medidas de prevención sobre factores extrínsecos irán encaminadas:
 - Información sobre normativas y consejos del centro:
 - ✓ Orientar al paciente, y a la familia y o acompañantes, sobre el espacio y ambiente físico en urgencias.
 - ✓ Informar a los familiares de la conveniencia de comunicar la situación de acompañamiento o no del paciente.
 - ✓ Informar al paciente y a los familiares de los riesgos implícitos en la toma de determinada medicación.
 - Acciones encaminadas para mantener un entorno seguro:
 - ✓ Evitar el desorden en el suelo de todas las estancias y áreas del Servicio de Urgencias.
 - ✓ Disponer de una iluminación adecuada.

- ✓ Bloquear las ruedas de las camillas, camas, sillas u otros dispositivos.
- ✓ Mantener los dispositivos de ayuda en buen estado de uso.
- Las medidas de prevención sobre factores intrínsecos:
 - Prevención de caídas: movilidad/estabilidad
 - ✓ Proporcionar material de apoyo si los precisa y mantenerlos accesibles al paciente.
 - ✓ Ayudar a levantar de la camilla, silla o cama.
 - ✓ Ayudar en los desplazamientos: cuarto de baño, traslados,
 - ✓ Informar sobre la forma adecuada de levantarse.
 - Prevención de caídas: alteraciones sensoriales
 - ✓ Poner los objetos que precise al alcance de la mano
 - ✓ Vigilar alteraciones táctiles
 - ✓ Recordar al paciente que lleve colocadas las prótesis siempre que sea posible (gafas, audífonos, etc) o asegurar que las tenga siempre a mano.
 - ✓ Hablarle claro y comprobar que lo entiende.
 - Prevención de caídas: Nivel de conciencia.
 - ✓ Ayudar a levantarse y acostarse de la camilla o silla y en otras movilizaciones.
 - ✓ Reorientar temporo-espacialmente.
 - ✓ Valorar riesgos derivados de la medicación.
 - ✓ Evitar objetos cerca de paciente que puedan producir algún tipo de lesión.
 - ✓ Aplicar procedimiento de sujeción mecánica según orden médica.
 - ✓ Aplicar protocolo de utilización de medidas de contención e inmovilización de pacientes específico del centro o unidad.
 - Prevención de caídas: medicación especial.
 - ✓ Valorar el efecto de la medicación
 - ✓ En el caso de toma de diuréticos, proporcionar a menudo ayuda para acudir al baño y recomendarle que orine en la bacinilla durante la noche

- ✓ Realizar levantamiento progresivo de la camilla.
- Prevención de caídas: alteraciones de la eliminación
 - ✓ Proporcionar a menudo ayuda para acudir al baño y recomendarle que orine en la bacinilla durante la noche
 - ✓ Disponer de una iluminación adecuada para aumentar la visibilidad.
- Prevención de caídas: caídas anteriores
 - ✓ Conocer historia de caídas previas
- Prevención de caídas: dificultad en la comprensión
 - ✓ Hablar claro y comprobar que entiende
- Prevención de caídas
 - ✓ Vigilar la aparición de un factor de riesgo intrínseco.
- Creación de un informe o registro de caídas donde quedará constancia en caso de caída, las causas y consecuencias de la misma, la evaluación del riesgo de caídas (si se hizo) y las medidas preventivas (si se realizaron).
- Valoración y evaluación de las posibles caídas e introducción de propuestas de mejora.

Barreras potenciales

- Aumento de la presión asistencial en los SUH lo cual, repercute directamente en las cargas de trabajo.
- Investigaciones limitadas con respecto a las intervenciones efectivas.
- Recursos limitados para apoyar las mejoras en el diseño de las instalaciones existentes.
- Negativa de los pacientes a participar en las intervenciones tales como el uso de dispositivos de ayuda.
- Pacientes y/o familias que no pueden proporcionar las actuales tecnologías o dispositivos de protección.

5.- PRECAUCIONES EN EL USO DE LA CONTENCIÓN FÍSICA O INMOVILIZACIÓN DE LOS PACIENTES.

Declaración del problema o impacto

Se puede definir inmovilización como “el uso de una fuerza que tiene el propósito de controlar las acciones de una persona, limitando su libertad de movimiento”. (22)

Algunos artículos aseguran que las sujeciones podrían considerarse un fallo terapéutico, ya que directa o indirectamente pueden tener consecuencias perjudiciales. Su uso puede aumentar la ocurrencia de eventos adversos, aunque no sean una consecuencia directa de las sujeciones.

La contención de los pacientes es una práctica controvertida que conlleva dilemas éticos, clínicos y sociales. A pesar de ello, existen algunos factores que contribuyen a que se continúe utilizando, como la creencia que no puede ser eliminada si no existe suficiente dotación de personal, la falta de conocimiento de otras alternativas por los profesionales, y el temor a que el paciente sufra algún evento adverso si no se encuentra inmovilizado. (22)

Estrategias para disminuir el uso y riesgo de las inmovilizaciones

El abordaje para la disminución del uso de las sujeciones requiere que todo el personal se encuentre involucrado

- Para fomentar que la utilización de las sujeciones sea limitada y justificada.
- Para lograr un uso limitado y justificado clínicamente es necesario tener procedimientos y normativas claras, profesionales bien formados y apoyo de los líderes de la organización. Para lo que es necesario (22):
 - Elaborar un protocolo que establezca:
 - ✓ Pacientes susceptibles de sujeción
 - ✓ Criterios explícitos de indicación
 - ✓ Medidas preventivas.
 - ✓ Profesionales responsables de la indicación.

- ✓ Tipos de contenciones que puedan ser utilizadas.
- ✓ Sistemas de control y medidas de seguridad del paciente.
- Evaluar las estrategias terapéuticas que pueden favorecer el uso de las inmovilizaciones y plantear alternativas de mejora (disminución de horas de hidratación parenteral, acompañamiento del paciente, etc.)
- Asegurar que la técnica de fijación de catéteres sea segura y disminuya la necesidad de contención.
- Para fomentar un entorno y una aplicación segura cuando un paciente tiene que ser inmovilizado:
 - ✓ Identificar factores de riesgo del paciente.
 - ✓ Verificar la existencia de la indicación médica de la contención que especifique duración y tipo de la contención.
 - ✓ Utilizar un sistema de registro específico para la prescripción y seguimiento del paciente.
 - ✓ Reevaluar la situación del paciente y el tiempo máximo que debe permanecer con la sujeción.
 - ✓ Asegurar que las técnicas de inmovilización pueden ser retiradas fácilmente por los profesionales.
 - ✓ Si se utilizan las barandillas laterales en las camas, comprobar que los espacios sean mínimos, para evitar que los pacientes queden atrapados.
 - ✓ Si se encuentra en posición supina, comprobar que puede mover la cabeza libremente y puede levantarla de la cama, para minimizar el riesgo de aspiración.
 - ✓ Si está en decúbito prono, asegurarse que las vías aéreas no se encuentran obstruidas en ningún momento y que la expansión pulmonar no se ve limitada (especial atención en niños, pacientes ancianos y pacientes obesos).
 - ✓ Utilizar material de contención homologado
 - ✓ No cubrir la cara del paciente como parte del proceso terapéutico.
 - ✓ Cambiar de posición las inmovilizaciones cada 2 horas.

- ✓ Realizar evaluación de los sitios de contacto con la piel, para que se encuentren bien protegidas y evitar lesiones.
- ✓ Asegurar que los pacientes que son fumadores no tengan a su alcance mecheros o cerillas, ya que representan un alto riesgo de incendio.
- ✓ Revisar y actualizar periódicamente los protocolos basándose en los resultados clínicos.
- ✓ Monitorizar el número de casos que han precisado contención en el centro, e introducir propuestas de mejora.
- Estrategias para reducir el riesgo de las inmovilizaciones sugeridas por la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
 - ✓ Redoblar esfuerzos para evitar el uso de las inmovilizaciones, valorando el riesgo existente e interviniendo precozmente con medidas menos restrictivas.
 - ✓ Estimular la formación y entrenamiento del personal sanitario en alternativas que eviten el uso de las sujeciones.
 - ✓ Observar continuamente a los pacientes que se encuentran inmovilizados, evaluando la posibilidad de retirada de la contención.

Barreras potenciales

- Falta de conocimiento en cuanto a formación y entrenamiento sobre contención o inmovilización de enfermos por parte de los profesionales.
- Inexistencia de protocolo en el SUH sobre la inmovilización de pacientes.

7.3 PUESTA EN MARCHA DE LAS ACTUACIONES DISEÑADAS

Una vez diseñado y elaborado el plan de seguridad para el nuevo SUH, previo análisis de la situación en materia de seguridad clínica del paciente, el siguiente paso es darlo a conocer a todo el equipo profesional que desarrolla su labor asistencial en el SUH y de esa forma ponerlo en práctica con el único fin de cumplir los objetivos trazados inicialmente en este proyecto.

Para ello, la metodología a seguir, tendrá las siguientes etapas:

- A. Primera reunión con los representantes de los distintos grupos de profesionales, con el objeto de que tengan conocimiento del nuevo plan de seguridad.
- B. Reuniones periódicas con los representantes de grupo para que reciban la formación adecuada en cuanto al plan diseñado, actividades planteadas y estrategias a seguir en cuanto a la gestión del cambio.
- C. Una vez que los representantes han obtenido la formación adecuada sobre el plan de seguridad y actividades, serán ellos los encargados de difundir la información al resto de profesionales, mediante sesiones y charlas informativas periódicas.
- D. La fase final es en la que realmente se implementará el plan y actividades. Se mantendrán las sesiones informativas periódicas con el fin de resolver dudas que puedan surgir o sugerencias al plan que se puedan plantear.

Durante todo el tiempo que pueda durar la implantación del plan, será preciso que, desde la Jefatura de Unidad de Enfermería se planteen medidas de colaboración no solamente en la implementación del plan sino en materia de formación, motivación y satisfacción de los profesionales, todo ello para cumplir el objetivo principal de este proyecto.

Todas estas actividades de puesta en marcha se realizarán según el cronograma que se expondrá más adelante.

7.4 EVALUACIÓN DE RESULTADOS

La gestión de la seguridad clínica en el servicio de urgencias comprende un amplio espectro de actuaciones, en el que los indicadores de calidad nos permiten objetivar situaciones relacionadas con la seguridad clínica, en el intento de reducir los riesgos a los que se expone el paciente que interacciona con el sistema sanitario.

El sistema de evaluación de calidad mediante indicadores sigue los principios de la evaluación y mejora de la calidad: establecer la práctica considerada como correcta (diseño del indicador y determinación del estándar o nivel

deseado de cumplimiento), compararla con la que estamos realizando, establecer los motivos por los que tenemos problemas y aplicar los cambios necesarios para mejorarlos, comprobando posteriormente si son eficaces.⁽²⁵⁾

La medición de los indicadores contruidos y validados informa de la situación en que se encuentra el SUH en relación al grado de implementación de las recomendaciones de buenas prácticas para la seguridad del paciente, pueden servir de base para priorizar estrategias de mejora y comprobar posteriormente el éxito de las intervenciones que se implementen.⁽²⁵⁾

De entre los indicadores propuestos por las distintas sociedades destacan por su relevancia los que pertenecen a alguno de los siguientes grupos, ya que miden aspectos relacionados de manera más directa con la seguridad clínica del paciente atendido en urgencias:

- a. Estructura (física y recursos humanos)
- b. Demoras diagnósticas y de tratamiento
- c. Adecuación y formación de los profesionales, así como reducción de la variabilidad en las actuaciones.
- d. Transferencia de información y traslado de pacientes
- e. Prevención de eventos adversos
- f. Detección de eventos adversos

Es necesario tener en cuenta que, en este proyecto se ha realizado una selección de 5 PSEA que deben ser prioritarias en los SUH. Para poder analizar de manera adecuada los resultados tras la implementación de dichas PSEA y establecer si es preciso, medidas correctoras, se dispone de una serie de indicadores específicos para cada PSEA. ⁽⁵⁾

1. Identificación de pacientes

- **Indicador:** Identificación inequívoca de todos los pacientes que sean atendidos en el nuevo SUH.
 - **Fórmula:**
$$\frac{\text{Nº pacientes identificados correctamente}}{\text{Nº total de pacientes atendidos en el SUH}}$$
 - **Estándar:** 100% pacientes atendidos.
 - **Evaluación:** 1 transversal/ 6 meses.

2. Seguridad de medicamentos

- **Indicador 1:** Tasa de errores de medicación

- **Fórmula:** $\frac{\text{Nº de errores declarados}}{\text{Nº pacientes atendidos en SUH}} \times 100$
 - **Estándar:** 0%
 - **Evaluación:** Cada 6 meses.
- **Indicador 2:** Tasa de errores de cada tipo (Administración, dosificación, confusión de nombres del medicamento)
 - **Fórmula:** $\frac{\text{Nº errores de cada tipo}}{\text{Nº errores declarados}} \times 100$
 - **Estándar:** 0%
 - **Evaluación:** Cada 6 meses.
- **Indicador 3:** Tasa de gravedad
 - **Fórmula:** $\frac{\text{Nº de errores de cada nivel de gravedad}}{\text{Nº de errores declarados}} \times 100$
 - **Estándar:** 0%
 - **Evaluación:** Cada 6 meses.

3. Comunicación en el traspaso de pacientes

- **Indicador 1:** Cumplimentación y utilización de registros estandarizados de información clínica del paciente
 - **Fórmula:** $\frac{\text{Nº de registros e informes cumplimentados}}{\text{Nº de pacientes atendidos en SUH}} \times 100$
 - **Estándar:** 100%
 - **Evaluación:** Cada 6 meses.
- **Indicador 2:** Información a los pacientes sobre su proceso o motivo por el cual acudido al SUH.
 - **Fórmula:** $\frac{\text{Nº pacientes informados}}{\text{Nº pacientes dados del alta del SUH}} \times 100$
 - **Estándar:** Superior al 90%
 - **Evaluación:** Cada 6 meses.

4. Prevención de caídas en el SUH

- **Indicador:** Caídas de pacientes
 - **Fórmula:**
$$\frac{\text{Nº pacientes con caídas}}{\text{Nº pacientes atendidos en el SUH}} \times 100$$
 - **Estándar:** 0%
 - **Evaluación:** Cada 6 meses.

5. Precauciones en el uso de la contención física o inmovilización de los pacientes.

- **Indicador 1:** Medidas de contención
 - **Fórmula:**
$$\frac{\text{Nº de contenciones según protocolo}}{\text{Nº de contenciones realizadas}} \times 100$$
 - **Estándar:** 100%
 - **Evaluación:** Cada 6 meses.
- **Indicador 2:** Seguimiento de las contenciones
 - **Fórmula:**
$$\frac{\text{Nº de contenciones de más de 4 horas que son revaloradas periódicamente}}{\text{Nº de contenciones de duración > 4 horas}} \times 100$$
 - **Estándar:** 100%
 - **Evaluación:** Cada 6 meses.

6. Indicadores comunes a todos las PSEA

- **Indicador 1:** Tasa de eventos adversos.

Se consideran, en este caso, eventos adversos a detectar (entre otros), todos aquellos producidos por el uso de medicamentos: Errores de medicación, eventos adversos a fármacos, errores de etiquetado de fármacos, entre otros.

 - **Fórmula:**
$$\frac{\text{Pacientes atendidos que han presentado un evento adverso}}{\text{Nº total de pacientes atendidos}} \times 100$$
 - **Estándar:** 0%
 - **Población:** Pacientes atendidos en el periodo revisado.

- **Fuente de datos:** Documentación y registros del SUH y generales del hospital
 - **Comentarios:** Este indicador será tanto más fiable, cuanto más instaurado este el sistema de registro y notificación.
 - **Evaluación:** Cada 6 meses.
- **Indicador 2: Registro de Eventos Adversos**
 La existencia del registro, supone una herramienta de detección que conduce a la evaluación y a la implantación de mejoras. Puede ser de ámbito general (para toda la institución) o específico del SUH.
 - **Fórmula/Estándar:** Existencia de registro de Eventos Adversos.
 - **Fuente de datos:** Documentación y registros del SUH o registros generales del hospital.
- **Indicador 3: Evaluación de Eventos Adversos.**
 La evaluación comporta la posterior propuesta e implantación de medidas correctoras, así como la planificación de medidas de prevención necesarias para reducir los riesgos de la asistencia hospitalaria.
 - **Fórmula:**
$$\frac{\text{Nº pacientes con Eventos Adversos revisados}}{\text{Nº total de pacientes con eventos Adversos registrados}} \times 100$$
 - **Estándar:** 100%
 - **Evaluación:** Cada 6 meses.

8. CONCLUSIONES



CONCLUSIONES

La seguridad de los pacientes es un tema complejo en el que participan e interaccionan múltiples disciplinas y procesos, los cuales requieren un enfoque integrado que permita mejorarla. Es un principio fundamental de la atención al paciente y una dimensión de la calidad, incluso una condición (sin seguridad no puede existir calidad). La **gestión de la seguridad** abarca muchas disciplinas de la atención sanitaria, por lo que se necesita un enfoque global y multifactorial para identificar y gestionar los riesgos reales y potenciales para la seguridad del paciente en cada ámbito.

Son muchas las líneas de actuación que deben ponerse en marcha para la mejora de la seguridad de los pacientes y alcanzar los objetivos formulados.

Para desarrollar estas recomendaciones se pueden desplegar diferentes estrategias concretas como por ejemplo la formación de profesionales, la detección precoz y sistemática de riesgos en las áreas de atención al paciente, el análisis de los casos en los que se ha producido un evento adverso, la comunicación con los pacientes para que mejoren su conocimiento sobre su propia seguridad y el registro y notificación de eventos adversos, entre otras.

En cuanto a los Eventos adversos (EA) en el SUH:

- se ha demostrado que constituyen una proporción importante del total de los EAs debidos a la propia asistencia sanitaria, por tanto se justifica la necesidad del adecuado análisis de la situación (Mapa de riesgos), para la elaboración de estrategias de mejora que minimicen su aparición.
- La sobreinstrumentalización de los cuidados en urgencias incrementa el riesgo de los pacientes.

- Es fundamental la formación de la cultura de Seguridad Clínica del Paciente en el SUH y su difusión, mediante el desarrollo de actividades de sensibilización y formación de los profesionales. De ello va a depender directamente, el éxito en la implantación de las distintas estrategias identificadas.
- Necesidad de facilitar a los profesionales herramientas y recursos necesarios para la identificación de errores, lo cual permitiría cambios estructurales y de proceso, favoreciendo la disminución de la probabilidad de errores, así como las consecuencias asociadas a los EAs en los SUH.
- Debería existir sistemas de notificación voluntaria de EAs, con información periódica de los resultados obtenidos, análisis efectuados y medidas adoptadas a los equipos asistenciales y a la dirección del centro.
- Importancia de la creación de protocolos basados en evidencia científica sobre prevención de EA en los SUH

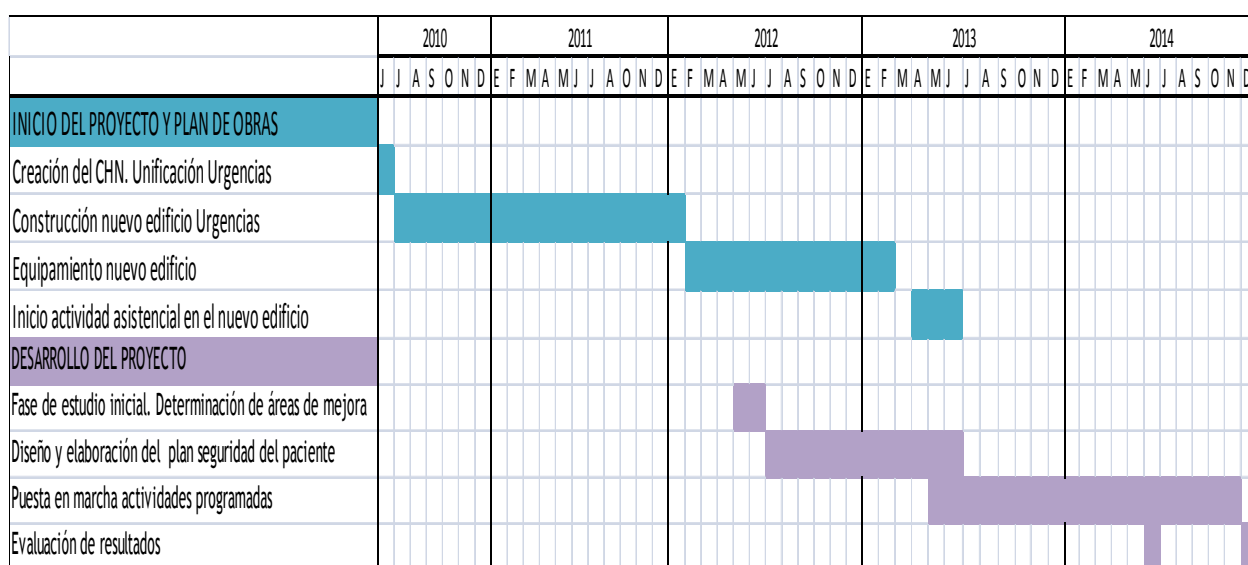
En consecuencia, la calidad asistencial y por tanto el éxito en la acreditación del SUH en este caso concreto, va a depender en gran medida de la estrategia de la organización, su cultura, su planteamiento de la gestión de la calidad y de la prevención de riesgos, la implicación de todos y cada uno de los profesionales en materia de SP y su capacidad para aprender de los errores.

9. CRONOGRAMA

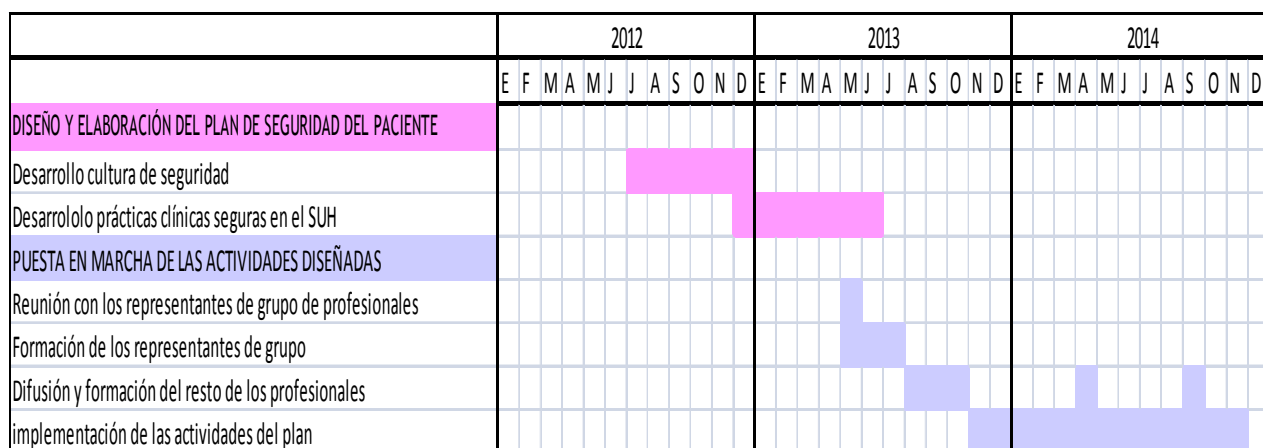


CRONOGRAMA

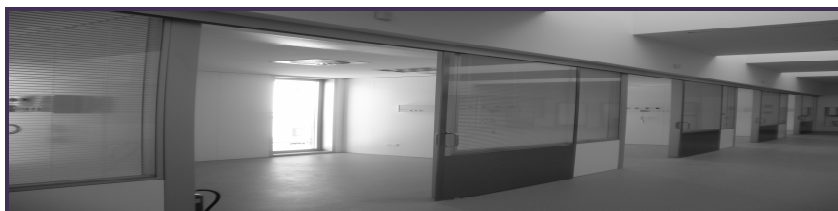
En el siguiente Diagrama de Gantt, se recogen de modo orientativo las actividades a realizar en el tiempo, para poder cumplir el objetivo principal de este proyecto.



Relacionado con el desarrollo del proyecto y la puesta en marcha de las actividades, el cronograma orientativo sería el siguiente:



10. BIBLIOGRAFÍA



BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad y Política Social .Unidad de Urgencias Hospitalaria. Estándares y recomendaciones.Madrid. 2010
2. Belzunegui T.;Busca P. ;López-Andújar L. ;Tejedor M. Calidad y Acreditación de los Servicios de Urgencias. Anales Sistema Sanitario Navarro. 2010;33 (Supl. 1): 123-130
3. Decreto Foral 19/2010, de 12 de Abril, por la que se crea el Complejo Hospitalario de Navarra del Servicio Navarro de Salud- Osasunbidea y se establece su estructura directiva. (BON 23 de Abril de 2010).
4. Orden Foral 5/2011, de 21 de Enero, de la Consejera de Salud, por la que se unifican las Servicios de Urgencias Generales del Complejo Hospitalario de Navarra. (BON Núm 20 del 31 de Enero de 2011).
5. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES).Manual de Indicadores de Calidad para los Servicios de Urgencias de Hospitales. Editorial Grupo Saned. Madrid. 2009
6. Sociedad Española de Urgencias y Emergencias (SEMES).Estándares de Acreditación para Servicios de Urgencias de Hospitales. Editorial Grupo Saned. Madrid.2008
7. Sanchez E. ; Letona J.; Gonzalez R.; García M. ; Darpón J. ;Garay J.I.. A descriptive study of the implementation of the EFQM excellence model and underlying tools in the Basque Health Service. *International Journal for Quality in Health Care* 2006; Volume 18, Number 1: pp. 58-65
8. Nabitz U.; Klazinga N. ;Walburg J.. The EFQM excellence model: European and Dutch experiences with the EFQM approach in the health care. *International Journal for Quality in Health Care* 2000; Volume 12, Number 3: pp 191-201
9. Tejedor J.P. Reflexión sobre el fin último de la gestión en el sector hospitalario español.Gaceta Sanitaria.2009;23(2):148-157
10. Chanovas Borràs M.; Campodarve I.; Tomás Vecina S. Eventos adversos en los servicios de urgencias: ¿El servicio de urgencias como sinónimo

- de inseguridad clínica para el paciente?. Monografías de la Sociedad Española de Urgencias y Emergencias 2007;3:7-13
11. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Madrid 2010
 12. Ministerio de sanidad y política social. La seguridad en los cuidados del paciente hospitalizado. Proyecto SENECA. Madrid. 2010
 13. Tomás S. Introducción a la seguridad clínica del paciente. Monografías de la Sociedad Española de Urgencias y Emergencias 2007;2:1-6
 14. S. Tomás, I. Gimena. La seguridad del paciente en Urgencias y Emergencias. Anales Sistema Sanitario de Navarra. 2010; 33 (Supl. 1): 131-148
 15. Gobierno de Navarra. Departamento de Salud. Estrategias en seguridad de pacientes 2010 (intranet Gobierno de Navarra). Disponible en: [http://intranetsns-o/c7/c10/seguridad del paciente](http://intranetsns-o/c7/c10/seguridad%20del%20paciente). Consulta 18 de Abril 2012.
 16. Reason J. Human error: models and management. (16)BMJ 2000; 320: 769.
 17. Caballero Gálvez, S.; García Camacho, C.; Sianes Blanco, A. Seguridad clínica en hospitalización de cirugía cardiaca Enfermería global vol.10 no.22 Murcia abr. 2011
 18. Sistema Nacional de Salud (NHS) Reino Unido. Agencia Nacional para la Seguridad del paciente (NPSA). La seguridad del paciente en siete pasos. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid Noviembre 2005
 19. The Joint Commission International. Soluciones para la seguridad del paciente. Organización Mundial de la Salud. Mayo 2007.
 20. Ministerio de Sanidad y Consumo. Prácticas seguras simples, recomendadas por agentes gubernamentales para la prevención de efectos adversos (EA) en los pacientes atendidos en hospitales. Madrid 2008
 21. Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias. Recomendación científica 10/02/10 de 25 de Junio de 2009 de la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias. Prevención de caídas. Disponible en: www.enfermeriadeurgencias.com/documentos. Consulta 7 de Mayo de 2012.

22. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Seguridad del paciente. Protocolo de contención mecánica e inmovilización de pacientes. 2007. Disponible en: www.districtometropolitano.es. Consulta, 8 de Mayo de 2012.
23. Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Sistema de Registro y Notificación de Incidentes y Eventos Adversos. 2007
24. Pardo et al. Puesta en marcha de una unidad de gestión de riesgos clínicos hospitalaria. Revista de Calidad Asistencial. 2005;20(4):211-5
25. Roqueta Egea, F. Indicadores de seguridad/riesgo en los servicios de Urgencias. Monografías de la Sociedad Española de Urgencias y Emergencias 2007;3:14-17

11. ANEXOS



Anexo 1: Estándares de Acreditación de SEMES. Apartado D (Programa de calidad)

Nº	PROGRAMA DE CALIDAD REQUISITO	(O-R)				DOCUMENTO	Nº	LOCALIZ.
		CARACT.	SI	NO	N/A			
D1								
	¿Existe un programa de calidad escrito?	0				Documento que describa el programa de calidad, sus apartados y el responsable de mantenimiento del mismo		
D2								
	¿Hay un responsable del mantenimiento del programa de calidad?	0				Nombramiento escrito o acta de la reunión		
D3								
D3.1	¿Existe un plan de seguridad?	0				Debe haber un plan de prevención de infecciones y accidentes durante el proceso asistencial		
D3.1	¿Existe un plan de prevención de infecciones y de accidentes en los pacientes y en el personal sanitario?	0				Registro de caídas. Debe haber un plan de prevención de infecciones y accidentes durante el proceso asistencial.		
D3.2	¿Existe un sistema de identificación, registro, análisis, evaluación y corrección de las complicaciones?	R				Se corrigen por el procedimiento operativo previsto y son revisados por el responsable del servicio		
D3.3	¿Existe un sistema de identificación, registro, análisis, evaluación y corrección de los errores?	R				Se corrigen por el procedimiento operativo previsto y son revisados por el responsable del servicio		
D3.4	¿Existe un sistema de identificación, registro, análisis, evaluación y corrección de las reacciones adversas?	R				Se corrigen por el procedimiento operativo previsto y son revisados por el responsable del servicio		
D3.5	¿El Servicio dispone de un plan de seguridad de los profesionales?	0						
D4								
D4.1	¿El Servicio revisa y actualiza sistemáticamente los protocolos clínico - asistenciales?	0				programa específico de evaluación y actualización		
D4.2	¿El Servicio actualiza sistemáticamente los procedimientos generales y específicos?	0				Mantenimiento carro de paradas. Prevención caducidad medicación y material fungible		
D5								
	¿El Servicio dispone de un plan de mantenimiento del equipamiento?	0				Plan de calibrado y verificación. Ficha de cada aparato		
D6								
	¿El Servicio tiene un sistema de monitorización de indicadores de actividad y de calidad?	0				Soporte documental: actas de las sesiones de revisión protocolos, fecha última revisión, programas calibración, fichas revisión, etc		

Anexo 2: Cuestionario sobre seguridad de los pacientes- Cultura de seguridad

CUESTIONARIO SOBRE SEGURIDAD DE LOS PACIENTES



Por favor, señale con una cruz su respuesta en el recuadro correspondiente

Sección A: Su Servicio/Unidad

Por favor, piense en el servicio/unidad donde dedica mayor tiempo

1. El personal se apoya mutuamente.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
2. Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
3. Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
4. En esta unidad nos tratamos todos con respeto.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
5. A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
6. Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
7. En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
8. Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
9. Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
10. No se producen más fallos por casualidad.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
11. Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
12. Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un "culpable".	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
13. Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
14. Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
15. Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
16. Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
17. En esta unidad hay problemas relacionados con la "seguridad del paciente".	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
18. Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo

19. Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
20. Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
21. Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
22. Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo

Sección B: Su Hospital

Indique, por favor, su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones referidas a su hospital

23. La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
24. Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
25. La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicio a otra.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
26. Hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
27. En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
28. Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
29. El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
30. La gerencia o dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
31. La gerencia/dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
32. Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
33. Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo

Sección C: Comunicación en su Servicio/Unidad

Con qué frecuencia ocurren las siguientes circunstancias en su servicio/unidad de trabajo

34. Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo.	1 NUNCA	2 CASI NUNCA	3 A VECES	4 CASI SIEMPRE	5 SIEMPRE
35. Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad.	1 NUNCA	2 CASI NUNCA	3 A VECES	4 CASI SIEMPRE	5 SIEMPRE

36. Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad.	<input type="checkbox"/> 1 NUNCA	<input type="checkbox"/> 2 CASI NUNCA	<input type="checkbox"/> 3 A VECES	<input type="checkbox"/> 4 CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/> 5 SIEMPRE
37. El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores.	<input type="checkbox"/> 1 NUNCA	<input type="checkbox"/> 2 CASI NUNCA	<input type="checkbox"/> 3 A VECES	<input type="checkbox"/> 4 CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/> 5 SIEMPRE
38. En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir.	<input type="checkbox"/> 1 NUNCA	<input type="checkbox"/> 2 CASI NUNCA	<input type="checkbox"/> 3 A VECES	<input type="checkbox"/> 4 CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/> 5 SIEMPRE
39. El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta.	<input type="checkbox"/> 1 NUNCA	<input type="checkbox"/> 2 CASI NUNCA	<input type="checkbox"/> 3 A VECES	<input type="checkbox"/> 4 CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/> 5 SIEMPRE
40. Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.	<input type="checkbox"/> 1 NUNCA	<input type="checkbox"/> 2 CASI NUNCA	<input type="checkbox"/> 3 A VECES	<input type="checkbox"/> 4 CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/> 5 SIEMPRE
41. Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente.	<input type="checkbox"/> 1 NUNCA	<input type="checkbox"/> 2 CASI NUNCA	<input type="checkbox"/> 3 A VECES	<input type="checkbox"/> 4 CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/> 5 SIEMPRE
42. Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente.	<input type="checkbox"/> 1 NUNCA	<input type="checkbox"/> 2 CASI NUNCA	<input type="checkbox"/> 3 A VECES	<input type="checkbox"/> 4 CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/> 5 SIEMPRE

Sección D: Información complementaria

43. Califique, por favor, de cero a diez el grado de seguridad del paciente en su servicio/unidad.	
<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: space-between;"> <div>MINIMA SEGURIDAD</div> <div> </div> <div>MÁXIMA SEGURIDAD</div> </div>	
44. ¿En qué año empezó a desempeñar su actual profesión/especialidad?	En el año ...
45. ¿En qué año empezó a trabajar en este hospital?	En el año....
46. ¿En qué año empezó a trabajar en su servicio?	En el año....
47. ¿Cuántas horas por semana trabaja habitualmente en este hospital? horas/semanas
48. Durante el último año ¿Cuántos incidentes ha notificado por escrito?incidentes
49. ¿En su puesto de trabajo mantiene habitualmente un contacto directo con los pacientes?	1 <input type="checkbox"/> SI 2 <input type="checkbox"/> NO
50. ¿Cuál es su principal servicio o unidad de trabajo en su hospital? Marque una sola respuesta.	
1 <input type="checkbox"/> Anestesiología/Reanimación	12 <input type="checkbox"/> Pediatría
2 <input type="checkbox"/> Cirugía	13 <input type="checkbox"/> Radiología
3 <input type="checkbox"/> Diversas Unidades	14 <input type="checkbox"/> Rehabilitación
4 <input type="checkbox"/> Farmacia	15 <input type="checkbox"/> Salud Mental/Psiquiatría
5 <input type="checkbox"/> Laboratorio	16 <input type="checkbox"/> Servicio de Urgencias
6 <input type="checkbox"/> Medicina Interna	17 <input type="checkbox"/> UCI (cualquier tipo)
7 <input type="checkbox"/> Obstetricia y Ginecología	18 <input type="checkbox"/> Neurología
8 <input type="checkbox"/> Admisión	19 <input type="checkbox"/> Traumatología
9 <input type="checkbox"/> Nefrología	20 <input type="checkbox"/> Hemodiálisis
10 <input type="checkbox"/> Urología	21 <input type="checkbox"/> Medicina nuclear
11 <input type="checkbox"/> Oncología	22 <input type="checkbox"/> Otro, por favor, especifique.....
51. ¿Cuál es su posición laboral en su servicio/unidad . Marque una sola respuesta.	
1 <input type="checkbox"/> Gerencia/Dirección	7 <input type="checkbox"/> Farmacéutico Residente
2 <input type="checkbox"/> Administración	8 <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta
3 <input type="checkbox"/> Auxiliar de Enfermería	9 <input type="checkbox"/> Médico
4 <input type="checkbox"/> Dietista	10 <input type="checkbox"/> Médico Residente
5 <input type="checkbox"/> Enfermero(a)	11 <input type="checkbox"/> Técnico (por ejemplo EKG, Laboratorio, Radiología)
6 <input type="checkbox"/> Farmacéutico/a	12 <input type="checkbox"/> Otro, por favor, especifique:.....

52. ¿Tiene algún comentario adicional sobre la seguridad del paciente, equivocaciones, errores o notificación de incidentes en su hospital, que no se hayan tratado en el cuestionario y que considere de interés?

Anexo: Información adicional sobre su Servicio/Unidad*

53. Cuando se reciben verbalmente órdenes sobre tratamientos, cuidados o procedimientos a realizar, el personal que las recibe repite en voz alta la orden recibida a quien la emite, para asegurarse que ha sido bien comprendida.	<input type="radio"/> 1 NUNCA	<input type="radio"/> 2 CASI NUNCA	<input type="radio"/> 3 A VECES	<input type="radio"/> 4 CASI SIEMPRE	<input type="radio"/> 5 SIEMPRE
54. Se elaboran informes o resúmenes de historias clínicas de memoria, sin tener delante toda la documentación (análisis, informes radiológicos, medicación administrada, etc).	<input type="radio"/> 1 NUNCA	<input type="radio"/> 2 CASI NUNCA	<input type="radio"/> 3 A VECES	<input type="radio"/> 4 CASI SIEMPRE	<input type="radio"/> 5 SIEMPRE
55. Cuando se reciben verbalmente órdenes sobre tratamientos, cuidados o procedimientos a realizar, el personal que las recibe las anota en el documento clínico que corresponde.	<input type="radio"/> 1 NUNCA	<input type="radio"/> 2 CASI NUNCA	<input type="radio"/> 3 A VECES	<input type="radio"/> 4 CASI SIEMPRE	<input type="radio"/> 5 SIEMPRE
56. Antes de realizar una nueva prescripción se revisa el listado de medicamentos que está tomando el paciente.	<input type="radio"/> 1 NUNCA	<input type="radio"/> 2 CASI NUNCA	<input type="radio"/> 3 A VECES	<input type="radio"/> 4 CASI SIEMPRE	<input type="radio"/> 5 SIEMPRE
57. Todos los cambios de medicación son comunicados de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención del paciente.	<input type="radio"/> 1 NUNCA	<input type="radio"/> 2 CASI NUNCA	<input type="radio"/> 3 A VECES	<input type="radio"/> 4 CASI SIEMPRE	<input type="radio"/> 5 SIEMPRE
58. Cualquier información que afecte al diagnóstico del paciente es comunicada de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención de ese paciente.	<input type="radio"/> 1 NUNCA	<input type="radio"/> 2 CASI NUNCA	<input type="radio"/> 3 A VECES	<input type="radio"/> 4 CASI SIEMPRE	<input type="radio"/> 5 SIEMPRE
59. Antes de que firme el consentimiento informado, se pide al paciente o a su representante que repita lo que ha entendido de las explicaciones recibidas sobre posibles riesgos y complicaciones de la intervención, exploración o tratamiento implicado.	<input type="radio"/> 1 NUNCA	<input type="radio"/> 2 CASI NUNCA	<input type="radio"/> 3 A VECES	<input type="radio"/> 4 CASI SIEMPRE	<input type="radio"/> 5 SIEMPRE
60. En los pacientes probablemente terminales, se indagan de forma anticipada sus preferencias sobre tratamientos y procedimientos de soporte vital. (Contestar sólo si en su unidad se atienden pacientes probablemente terminales).	<input type="radio"/> 1 NUNCA	<input type="radio"/> 2 CASI NUNCA	<input type="radio"/> 3 A VECES	<input type="radio"/> 4 CASI SIEMPRE	<input type="radio"/> 5 SIEMPRE
61. En el caso de que se maneje quimioterapia, se reciben órdenes verbales en relación con este tratamiento. (Contestar sólo si en su unidad se manejan tratamientos con quimioterapia).	<input type="radio"/> 1 NUNCA	<input type="radio"/> 2 CASI NUNCA	<input type="radio"/> 3 A VECES	<input type="radio"/> 4 CASI SIEMPRE	<input type="radio"/> 5 SIEMPRE

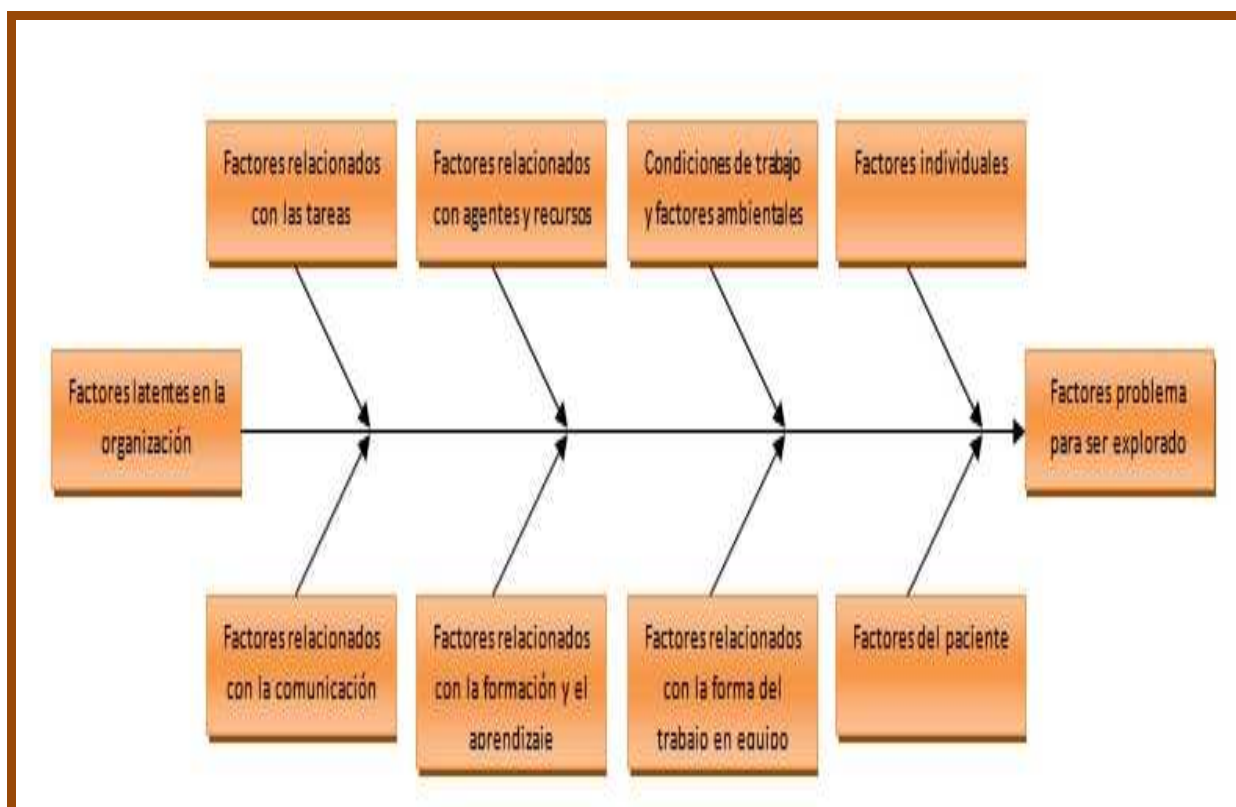
*Ítems no incluidos en el cuestionario original de la AHRQ y elaborados específicamente para medir algunos de los indicadores del estudio “Construcción y validación de indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente”, disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/construccionValidacionIndicadoresSeguridadPaciente.pdf>

Muchas gracias por su colaboración

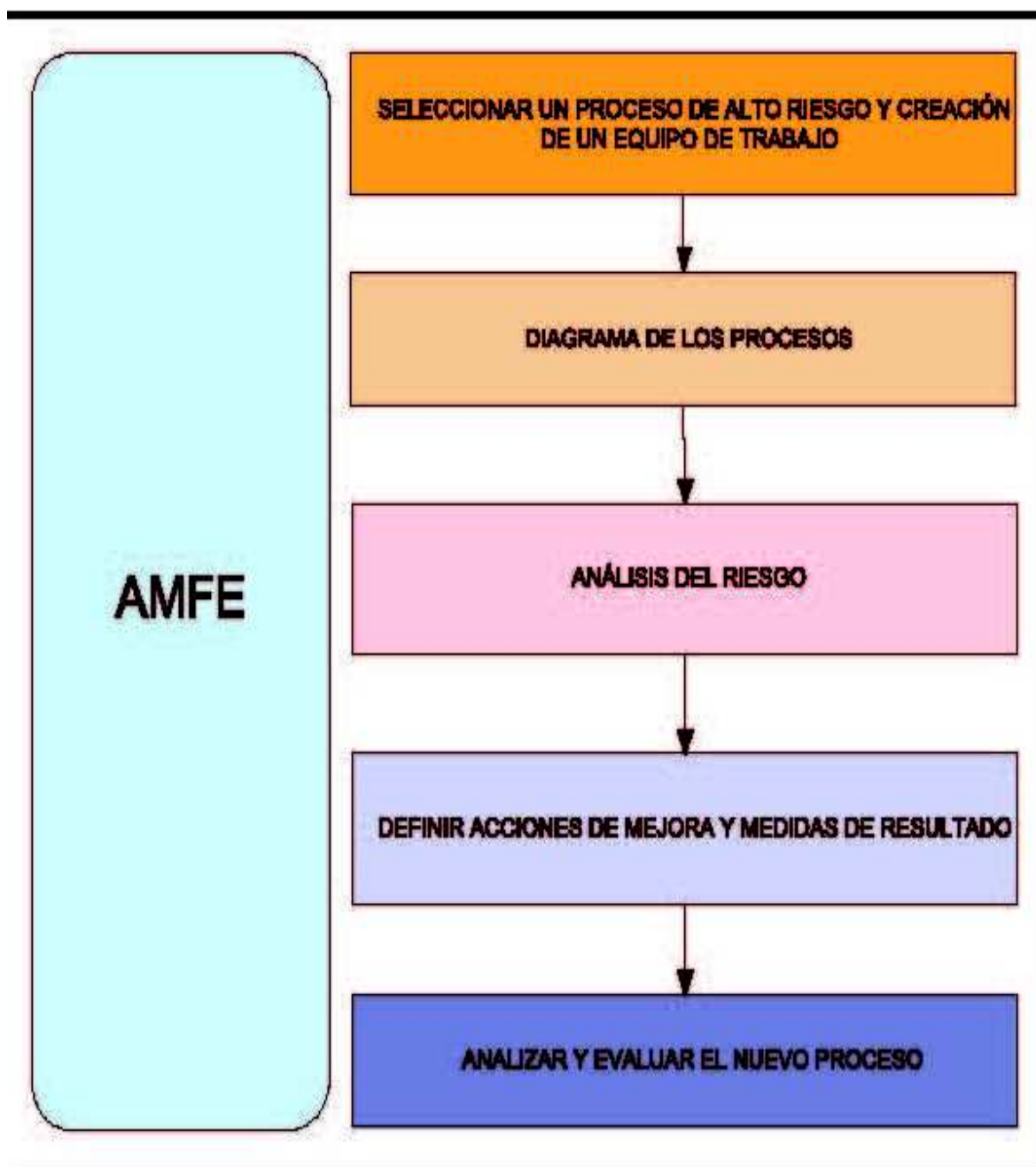
Anexo 3: Hoja de notificación de incidentes y eventos adversos (EA)(24)

Pardo R, et al. Puesta en marcha de una unidad de gestión de riesgos clínicos hospitalaria	
<p>Anexo 1. Hoja de notificación de incidentes no deseados o accidentes</p> <hr/> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="width: 40%;"> <p style="text-align: center; font-weight: bold;">ANEXO I</p> <p style="text-align: center;">Si fuera necesario puede escribir en el anverso de esta hoja</p> </div> <div style="width: 30%; text-align: center;"> <p>HOJA DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES NO DESEADOS O ACCIDENTES</p> <p>Año 200-</p> </div> <div style="width: 20%; border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="font-size: small;">Unidad de Gestión Riesgos Sanitarios</p> <p style="font-weight: bold; font-size: small;">Registro de Entrada</p> <p style="font-size: small;">° </p> </div> </div> <hr/> <div style="display: flex;"> <div style="width: 50%;"> <p>1. DECLARANTE: Si lo desea puede identificarse o permanecer en el anonimato</p> <p>Apellidos: _____</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Categoría: _____</p> <p>Unidad/Servicio: _____ Puesto: _____</p> </div> <div style="width: 50%;"> <p>2. AFECTADO (si se trata de una persona)</p> <p>Paciente <input type="checkbox"/> Visitante <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/></p> <p>Apellidos: _____ Nombre: _____</p> <p>V <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Fecha de nacimiento: .../.../...</p> <p>Unidad (si se trata de un trabajador): _____</p> <p>N.º historia (si procede):</p> </div> </div> <hr/> <p>3. Fecha, hora y lugar del incidente no deseado Fecha: .../.../... Hora: Lugar:</p> <hr/> <p>4. Incidente no deseado o resultado no esperado</p> <hr/> <p>5. Descripción de los hechos:</p> <div style="height: 100px; border: 1px solid black; margin-top: 5px;"></div> <hr/> <p>6. Medidas adoptadas de inmediato:</p> <div style="height: 100px; border: 1px solid black; margin-top: 5px;"></div> <hr/> <p>7. Consecuencias inmediatas o previstas: Señale su impresión al respecto:</p> <div style="height: 100px; border: 1px solid black; margin-top: 5px;"></div> <hr/> <p>8. Gravedad estimada: <i>Vital</i> (supone un peligro para la seguridad de personas o la institución, etc.); <i>Crítica</i> (necesidad de actuación para mantener los cuidados); <i>Normal</i> (no hay peligro para personas, pero entorpece el funcionamiento del servicio o unidad):</p> <hr/> <p>9. Reclamación previsible: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>10. Seguimiento previsible del incidente: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>11. ¿Desea acuse de recibo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Desea que se le informe sobre lo actuado? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p style="font-size: x-small;">Si necesita mayor información puede consultar con nosotros. Una vez cumplimentada hágala llegar a la unidad de gestión de riesgos sanitarios en la séptima planta del hospital de Alarcos.</p> <hr/>	
Rev Calidad Asistencial. 2005;20(4):211-5 215	

Anexo 4: Análisis causa-raíz (ACR) según la National Patient security Agency (NPSA)



Anexo 5: Análisis modal de fallos y efectos (AMFE)



Anexo 6.-Clasificación, a partir de la metodología planteada, las Prácticas seguras Simples para la prevención de Efecto Adversos en los hospitales

La correlación de las 2 perspectivas permitió determinar 4 niveles de recomendación de implantación

Nivel 1 Muy alto impacto y baja complejidad de implantación: 5 PSEA	02. Mejorar la higiene de las manos. 03. Vacunación de trabajadores y pacientes contra la gripe. 05. Medidas para prevenir la neumonía (neumonía nosocomial) asociada al uso de ventilación mecánica. 06. Medidas relacionadas con la prevención de infecciones en lugar quirúrgico. 07. Utilización de códigos de colores para equipos y materiales de limpieza para prevenir infecciones.
Nivel 2 Alto impacto y media complejidad de implantación: 8 PSEA	01. Usar una sola vez los dispositivos de inyección. 04. Medidas para la prevención de infecciones en vías centrales. 22. Medidas para identificar todos los medicamentos de alto riesgo y establecer políticas y procesos para el uso de estos medicamentos. 23. Medidas para la prevención y correcto tratamiento del infarto agudo de miocardio en relación con procedimientos quirúrgicos. 24. Promoción de medidas de seguridad para la administración de medicamentos por vía oral o por otras rutas enterales.
Nivel 3 Moderado impacto y media complejidad o alto impacto y alta complejidad de implantación: 8 PSEA	08. Medidas para el control de la realización de procedimientos en el lugar correcto. 25. Medidas para promover el uso seguro de medicamentos inyectables o administrados de forma intravenosa. 19. Medidas de precaución en el uso de la contención física o inmovilización de los pacientes. 20. Recomendaciones para evitar los problemas relacionados con el suministro de medicamentos con aspecto o nombre que se presta a confusión. 21. Medidas para asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales (entre médicos, hospitales, etc.)
Nivel 4 Limitado impacto y baja complejidad o muy alto impacto y muy alta complejidad de implantación: 1 PSEA	09. Medidas para la correcta comunicación durante el traspaso de información sobre la salud de los pacientes. 10. Identificación de los pacientes. 12. Evaluación del riesgo de desarrollo de úlceras por presión. 13. Evaluación del riesgo de tromboembolismo. 16. Medidas para asegurar que la documentación escrita con las preferencias del paciente sobre su tratamiento como paciente terminal esté destacada en su ficha de cuidados. 18. Medidas para garantizar la seguridad de los pacientes con alergias asociadas al látex. 26. Medidas para la valoración efectiva de pacientes en urgencias con traumatismo.

Anexo 7: Priorización de Barreras según los criterios de importancia y factibilidad.

Barreras Prioridad 1: Alta importancia y factibilidad	Formación insuficiente
	Cultura del riesgo/seguridad poco desarrollada
	Desarrollo mejorable y/o asimétrico de la gestión clínica
	Limitaciones de los canales, medios y/o niveles de interacción para la transmisión de información y comunicación
Barreras Prioridad 2: Moderada importancia y factibilidad	Recursos económicos y/o de infraestructuras limitados
	Falta de liderazgo directivo en favor de la seguridad del paciente y las prácticas seguras
	Escasa integración de la gestión de riesgos y prácticas seguras, en la gestión y control general de los hospitales
Barreras Prioridad 3: Baja importancia y/o factibilidad	Deficiente coordinación entre niveles
	Escasez/disponibilidad limitada de recursos humanos
	Resistencia al cambio
	Los proveedores no están implicados activamente en la optimización de la seguridad del paciente

Anexo 8: Escala de riesgos de caídas (J.H. Downton, 1993)

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS (J.H.DOWNTON, 1993)	
Caídas previas	No/Si*
Medicamentos	Ninguno Tranquilizantes o sedantes* Diuréticos* Hipotensores (no diuréticos)* Antiparkinsonianos* Antidepresivos* Otros medicamentos
Deficiencias sensoriales	Ninguna Alteraciones visuales* Alteraciones auditivas* Extremidades* (ictus, etc.)
Estado mental	Orientado Confuso*
Marcha	Normal Segura con ayuda Insegura con/sin ayuda* Imposible
Sumar un punto por cada ítem con asterisco	
Tres o más puntos indiquen alto riesgo de caída	

Anexo 9

Artículo para la revista: Calidad Asistencial (Según Normas de Publicación)

“Evaluación de la implantación de un sistema de identificación inequívoca de pacientes en un Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH)”

Moreno Torres, J.M.*; Hermoso de Mendoza Cantón, J.M.**

*Enfermera. Servicio Urgencias Hospitalarias, Hospital B, Complejo Hospitalario de Navarra.

** Enfermera. Jefa de Unidad de Enfermería, Centro Consultas Príncipe de Viana. Complejo Hospitalario de Navarra.

Resumen

Objetivos: Conseguir la implantación de un proceso de identificación inequívoca de todos los pacientes que acuden al SUH del Hospital B del Complejo Hospitalario de Navarra, asegurar la identificación mediante brazalete individual con datos del paciente integrado con la Historia Clínica Informatizada e implicar al personal sanitario en el proceso de identificación de pacientes.

Material y métodos: Se realizó análisis de la situación, selección de materiales, elaboración del procedimiento de identificación de paciente y material de apoyo para pacientes y profesionales. Tras la implantación del proceso se evaluó la cobertura a través de observación directa y se determinó la necesidad de realizar encuestas y de esa forma determinar las causas de los resultados obtenidos.

Resultados: La cobertura alcanzó el 50% aunque no existen datos concluyentes en cuanto a las causas y motivos que avalen dichos resultados. Necesidad de realizar estudios al respecto.

Conclusiones: Aunque los brazaletes de identificación de pacientes presentan una cobertura aceptable, los profesionales no se sienten implicados en el proceso de identificación, ya que no los utilizan habitualmente en los procedimientos establecidos.

Palabras clave:

Seguridad del paciente. Errores médicos. Sistemas de identificación de pacientes

Introducción

La complejidad y la especialización de la práctica asistencial están suponiendo más calidad, eficacia y eficiencia en la atención sanitaria prestada al paciente. Sin embargo, de la mano de esos mismos avances es posible que, ocasionalmente, se produzcan efectos adversos asociados a los procesos de atención sanitaria.

En este contexto, existen distintas iniciativas nacionales e internacionales, dirigidas a garantizar que la seguridad del paciente se sitúe en el centro de las políticas sanitarias como uno de los elementos inherentes a la mejora de la calidad de la atención al paciente, y a que se la considere un derecho básico de los ciudadanos.

La identificación inadecuada de los pacientes es una causa importante de los problemas y las complicaciones asociadas a errores en la asistencia. La forma más habitual de identificación de los pacientes en centros sanitarios es el número de habitación o de cama, el diagnóstico, las características físicas o psicológicas o por el hecho de que respondan a un nombre determinado.

El personal sanitario suele ser excesivamente confiado en lo que a la identificación de pacientes se refiere. Al conocer a un paciente, se asume que los demás también lo conocen.

La Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), ha incorporado a su agenda nuevas exigencias para garantizar la seguridad de los pacientes. Una de sus metas desde 2003 es “mejorar la exactitud en la identificación del paciente”.

De la misma forma, la American Hospital Association, determina que no debería hacerse la identificación verbal porque los pacientes pueden estar sedados, con pérdida de atención, indiferentes, confusos o simplemente incapaces de responder. Los pacientes pueden tener barreras de lenguaje e idiomáticas, problemas de audición o ser demasiado jóvenes. Todos estos aspectos pueden aumentar la probabilidad de errores y atentar contra la seguridad en la atención de los pacientes. El Centro de Investigación para la Seguridad de los Pacientes (CISP) promovido por la Fundación Avedis Donabedian y la fundación Mapfre Medicina, publica las “Alertas de Seguridad Clínica”, priorizadas en función de la evidencia científica de mayor impacto y por coste de aplicación. Han sido elaboradas por expertos, con consulta a sociedades científicas y revisadas por responsables de cada uno de los temas. La Alerta número 1 es la “Inadecuada Identificación de Pacientes”.

Así mismo desde el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra, de acuerdo con las evidencias nacionales e internacionales y en concordancia con las directrices elaboradas tanto por organismos internacionales como por el Gobierno de España en su Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud, asumió en su momento el compromiso de promover la excelencia en la atención sanitaria que presta a sus ciudadanos y especialmente en la puesta en marcha o consolidación de aquellas estrategias que promuevan y fomenten la seguridad de los pacientes.

En este sentido una de las líneas estratégicas de su actuación se ha orientado a la identificación de pacientes de tal forma que se proponen como actuaciones al respecto: La extensión de la identificación de pacientes (hospitalización, urgencias y cirugía mayor ambulatoria) mediante pulseras o brazaletes identificativos.

Existen razones fundadas, por lo tanto, para asumir que la identificación adecuada de los pacientes, es un desafío para los centros asistenciales sobre todo en el área de Urgencias.

Un primer paso en la correcta identificación de los pacientes, es la utilización de un brazalete identificativo que permita en todo momento conocer su filiación.

Con el uso de un brazalete, se ha observado una notable disminución de alrededor de un 50% en los errores asociados a la inadecuada identificación de los pacientes. Cada hospital debiera aplicar una normativa sobre la utilización del brazalete identificativo pero siempre teniendo en cuenta la siguiente premisa:

“Todos los pacientes deben tener un brazalete identificativo en la muñeca o, cuando no sea posible, en el tobillo. En el brazalete tienen que constar de forma legible nombre y apellidos y el número de historia clínica del paciente”.

Un segundo paso es el establecimiento de un proceso de identificación de pacientes en el que no se realice ningún tipo de intervención, prueba, administración de medicamentos, etc., sin comprobar la correcta identificación del paciente.

El objetivo principal de este estudio es conseguir la implantación de un proceso de identificación inequívoca de todos los pacientes que acuden al SUH.

Los objetivos secundarios son asegurar la identificación mediante brazalete individual con datos del paciente integrado con la Historia Clínica Informatizada e implicar al personal sanitario en el proceso de identificación de pacientes.

Material y métodos

Se trata de un estudio descriptivo en el que se analiza la cobertura de la identificación inequívoca de pacientes que acuden al Servicio de Urgencias Hospitalarias (SUH) del Hospital B del Complejo Hospitalario de Navarra (CHN) durante el año 2011, siendo éste uno de los objetivos a cumplir en el año 2011 por dicha Unidad y trazado desde la propia Dirección de Enfermería.

Los pasos a seguir en este estudio son:

- Análisis de la situación actual: en el momento de la creación del grupo de trabajo, estaban implantados los brazaletes de identificación en niños recién nacidos y en el Banco de Sangre.
- Selección del material: Se realizó una definición de los materiales necesarios para la implantación del sistema de identificación inequívoca de pacientes: sistema de pulseras de un color fácilmente visible, resistente a la humedad y difícil de romper.
- Estimación del consumo y ámbito de aplicación: La pulsera se colocará a todo paciente que acuda al SUH. Será la enfermera coordinadora en el momento de realizar el triaje quien coloque la pulsera al paciente. En esta pulsera se colocará una pegatina identificativa con los datos personales del paciente (Tabla 1).
- Se evaluaron la cobertura alcanzada con el sistema de identificación de paciente, el nivel de implantación. La medición de la cobertura se realizó a través de la comparación entre pacientes que acudieron al SUH del Hospital B y el consumo de pulseras identificativas durante el año 2011.

Tabla 1: Descripción de actividades del proceso de identificación del paciente

Actividad	Descripción
1. Entrada del paciente al centro hospitalario	Una vez que el paciente entre al centro hospitalario, será subsidiario de identificación por el Servicio de Admisión si va a ser ingresado
2. Recogida de datos al ingreso	El personal de admisión recogerá los datos administrativos en función del tipo de acceso del paciente al sistema
3. Emisión de identificación	Con los datos de los que se dispone, el programa emitirá la pulsera de identificación codificada del paciente (nombre, apellidos y número de historia clínica) y el hospital en el que está ingresado, a través de la impresora destinada a tal efecto
4. Información a pacientes y/o acompañantes	Se informará a los pacientes y/o acompañantes sobre la pulsera identificativa colocada al paciente, así como de la importancia de la correcta identificación, y se les entregará la hoja informativa en el caso de los pacientes hospitalizados. Además se colgarán carteles con la información a la vista de todos los pacientes
5. Colocación de identificación al paciente	La pulsera identificativa del paciente se colocará en la muñeca de forma que le resulte cómoda y no interfiera con prótesis o vías de acceso venoso u otros dispositivos que precise en el proceso asistencial En el caso de que fuese imposible su identificación en la muñeca, se procederá a colocar la pulsera en un tobillo Será el personal de enfermería de la unidad el responsable de la colocación de la pulsera de identificación, verificando que los datos coinciden con los reales del paciente
6. Uso y mantenimiento de la pulsera identificativa	Durante su estancia en el centro, el paciente portará en todo momento la pulsera identificativa. No le será retirada si no es estrictamente necesario para la práctica asistencial, en cuyo caso se sustituirá por otra proporcionada por el Servicio de Admisión La pulsera no requiere de ningún mantenimiento especial. Se podrá realizar el aseo del paciente de la forma habitual Siempre se comprobarán los datos del paciente en la pulsera de identificación antes de realizar cualquier procedimiento sobre el paciente (prueba diagnóstica o terapéutica, administración de tratamiento, etc.) No se realizará ningún procedimiento sobre el paciente (prueba diagnóstica o terapéutica, administración de tratamiento, etc.) si no es portador de la pulsera de identificación
7. Salida del paciente del centro hospitalario/alta	Cuando el paciente sea dado de alta, se le informará de que se retire la pulsera identificativa él mismo y proceda a su destrucción en su domicilio

Resultados

La cobertura alcanzada durante el año 2011 después de la implantación del sistema de identificación en el SUH Hospital B, fue de 52,16% (Dato obtenido de comparar el total de pulseras utilizadas y el total de pacientes vistos en el SUH durante EL AÑO 2011). No existen datos concluyentes sobre las causas que han originado dicho porcentaje de implantación por lo que será necesario realizar estudios posteriores para detectar áreas de mejora e implantar medidas correctoras, con el fin de cumplir el objetivo previamente trazado.

Discusión

Como limitaciones de este estudio se pueden citar, entre otras, la implantación del sistema en el profesional de enfermería y no en el resto de los estamentos que realizan algún tipo de actuación sobre el paciente. Por otro lado, la forma de obtener los datos de uso del brazalete podría ser más precisa si se utilizase un estudio de observación directa a los profesionales durante sus actividades diarias con los pacientes.

Debido a la escasez de datos existentes sobre la identificación de los pacientes que acuden a Urgencias y la ausencia de estudios en este área, se ha hecho una revisión bibliográfica y se han hallado estudios tales como el de Martínez Ochoa et al, donde se reflejan datos sobre la cobertura de la implantación de pulseras identificativas en un centro hospitalario (en este caso, el 79.8%) y la satisfacción de los profesionales. A esta situación de escaso uso de los brazaletes es posible que contribuyan varios factores; por un lado, el alto porcentaje de profesionales que consideran que los brazaletes no producen una disminución en los errores de identificación de los

pacientes; por otro, todavía hay un grupo de profesionales que no conoce por qué se utilizan las pulseras de identificación de los pacientes.

Como áreas de mejora para la implantación del sistema de identificación de pacientes, el grupo de identificación de pacientes ha priorizado las siguientes:

- Realizar una nueva campaña de sensibilización a los profesionales, dirigida no sólo a los líderes (supervisoras de enfermería), sino a todos los profesionales de todas las unidades englobada en el conjunto de acciones de mejora de la seguridad del paciente desarrollado en el hospital dirigidas al cambio de cultura hacia la seguridad del paciente. Esta nueva campaña tendría que incluir también a profesionales de otros estamentos que también intervienen sobre los pacientes, tales como facultativos, celadores, etcétera.
- Para facilitar el uso adecuado de los brazaletes de identificación, se propone unificarlos con los ya existentes en el hospital y con buena acogida de los de transfusión de sangre y hemoderivados. Este procedimiento se considera de riesgo elevado para el paciente, y los profesionales consideran un requisito la existencia y la comprobación del brazalete para cualquier acción sobre el paciente como una de sus prácticas asistenciales cotidianas, por lo que es posible que la percepción del riesgo para el paciente se traduzca en un mayor uso adecuado de los brazaletes.
- La introducción de técnicas nuevas, como establecer el requisito de verificación mediante un lector de código de barras para los procedimientos que supongan un riesgo significativo para el paciente, podría facilitar el uso de los brazaletes. Esta técnica permitiría, además, realizar una evaluación real de si se están cometiendo errores en la identificación de los pacientes.

Conclusiones

La necesidad de un cambio en la cultura de seguridad en los profesionales, en la que las actividades que disminuyan el riesgo de cometer errores en los pacientes estén integradas en la práctica asistencial, es patente día a día, y aunque las iniciativas son múltiples, resultados como los observados en este estudio demuestran que todavía queda mucho camino por andar. Sin embargo, una de las actuaciones que se deben desarrollar desde la gestión sanitaria en pro de la mejora de la seguridad del paciente es la puesta en práctica de medidas que hayan demostrado su efectividad para mejorar la seguridad del paciente, como es la identificación inequívoca de pacientes en el SUH.

Bibliografía

1. Martínez Ochoa E, Cestafé Martínez A, Martínez Sanz M.S., Belío Blasco C, Caro Berquilla Y, Rivera Sanz F. Evaluación de la implantación de un sistema de identificación inequívoca de pacientes en un hospital de agudos. Medicina Clínica (Barcelona). 2010;135(Supl 1):61-66
2. Gobierno de Navarra. Departamento de Salud. Estrategias en seguridad de pacientes.2010
3. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Sistema de Información Sanitaria de Navarra (SISNA). Diciembre 2011.

